

**Zweiteingriffe
an den ableitenden Gallenwegen**

von
Jörg Block
aus
Berlin

1969
—



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen
Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Professor Dr. med. H. Valentin

1. Referent: Priv. Doz. Oberarzt Dr. med. H. Bunte

2. Referent: Professor Dr. med. G. Hegemann

Tag der mündlichen Prüfung: 19. 12. 1969

Meinen Eltern gewidmet

Gliederung.

A. Einleitung

B. Material

Art und Indikation zum Ersteingriff, Zeitraum zwischen Erst- und Zweiteingriff, Indikation zum Zweiteingriff, Art des Zweiteingriffes, Situation bei Operation, Resultat.

C. Ergebnisse

- I. Anzahl der Eingriffe
- II. Verteilung auf das Geschlecht
- III. Altersverteilung
- IV. Zeitraum zwischen den Eingriffen
- V. Mortalität
- VI. Indikation zur Reintervention
- VII. Intraoperative Situation
- VIII. Art des Eingriffes bei der Reintervention
- IX. Postoperative Untersuchungen an Patienten mit angelegter Choledochoduodenostomie

D. Besprechung

- I. Steinrezidiv
- II. Cystikusstumpf "Syndrom"
- III. Intraoperative Diagnostik
- IV. Operative Technik
 - a) Anastomosen
 - b) Eingriffe am Sphincter

Beschwerden nach Cholezystektomien wurden früher oft als unvermeidbar gehalten und unter dem Begriff Postcholezystektomie- Syndrom als eigenes Krankheitsbild angesehen. Durch Verbesserung der prä- oder intraoperativen Diagnostik und durch zahlreiche postoperative Kontrollen fand man jedoch, daß diese Krankheitserscheinungen selten durch Neuerkrankungen verursacht werden, als vielmehr ihre Ursache

1. in einem beim Ersteingriff begangenen Fehler
2. in einem unvollständigen Primäreingriff und
3. in einer Zahl der Fälle in pathologischen Zuständen, an welchen der Operateur nicht Schuld ist (echtes Steinrezidiv, schwere intrahepatische Lithiasis, Schrumpfung einer biliodigestiven Anastomose, Gallenwegstriktur, in Folge präexistierender entzündlicher Veränderungen des Choledochus, Hauptgansstenose im Bereich einer breiten biliobiliären Fistel usw.), haben.

Material.

Es wurden 81 Krankengeschichten von Patienten, die sich zwischen 1959 und 1969 in stationärer Behandlung befanden, ausgewertet.

23 Patienten, bei denen im Zweiteingriff - ein bis neun Jahre zurückliegend - eine Choledochoduodenostomie angelegt worden war, und bei denen ein maligner Prozeß mit großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, sind mit Fragebogen über ihr Ergehen, seit ihrer letzten stationären Behandlung angeschrieben worden.

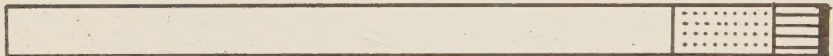
(Material im Einzelnen siehe Listen Seite 39).

Ergebnisse, Besprechung,

Vergleich mit Literatur.

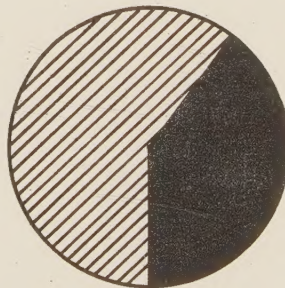
In den letzten zehn Jahren ist an der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen bei 81 Patienten an den ableitenden Gallenwegen eine Reintervention vorgenommen worden.

Bei 66 Patienten handelte es sich um einen Zweiteingriff, bei 10 Patienten um einen Dritteingriff, bei 5 Patienten um einen Vierteingriff und bei einem Patient um einen Fünfteingriff.



-  Zweiteingriffe
-  Dritteingriffe
-  Vierteingriffe
-  Fünfteingriff

Von den 81 Pa-
49 = 60,5 %
und 32 = 39,5 %
Geschlechtes.

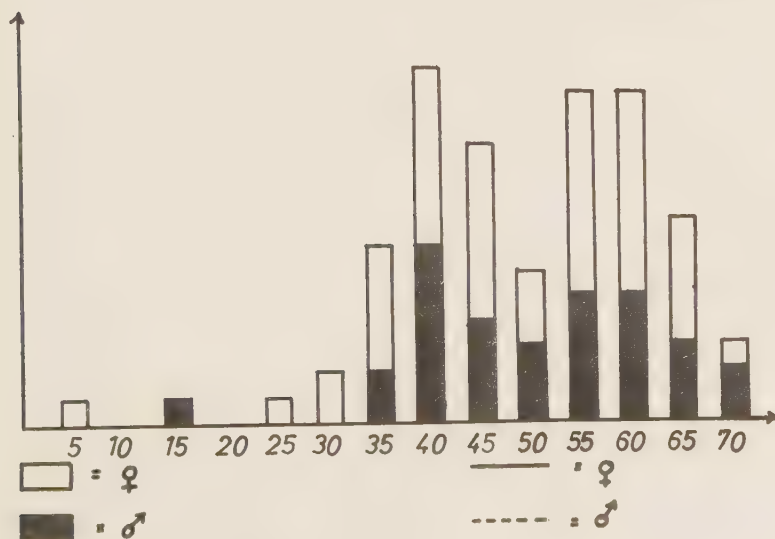
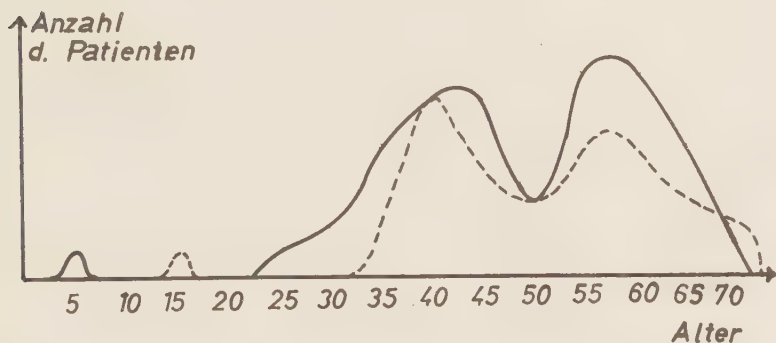


tienten waren
weiblichen
männlichen



Altersverteilung:

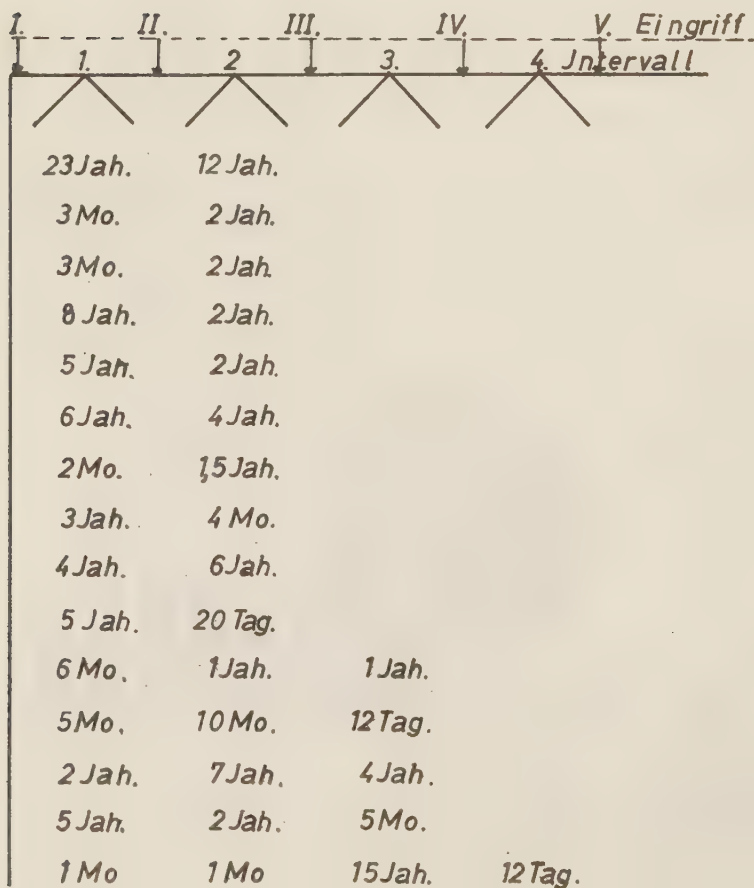
90,13 % der Reinterventionen wurde an Patienten zwischen dem 35 und 65 Lebensjahr vorgenommen. Sowohl bei dem weiblichen als auch bei dem männlichen Geschlecht findet man zwei Gipfel, und zwar bei beiden im gleichen Alter, nämlich bei 40 Jahren und bei 55 bis 60 Jahren. Der jüngste Patient war 7 Jahre. Es handelte sich in diesem Falle um eine angeborene Choledochuscyste. Der älteste Patient war 70 Jahre alt.

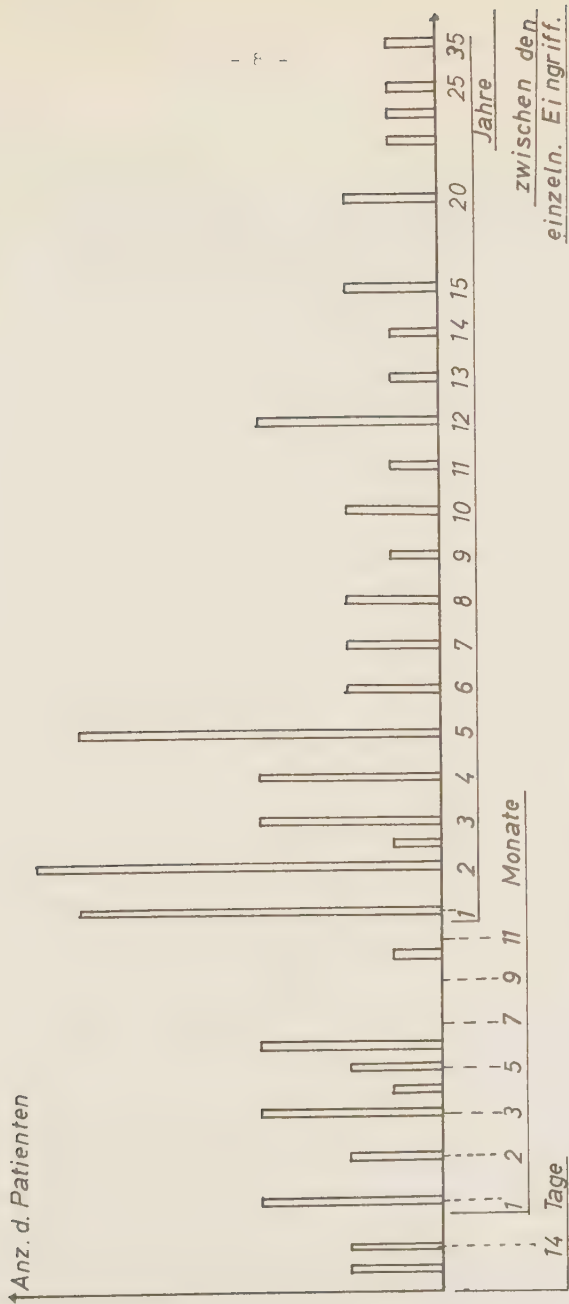


Zweitraum zwischen den Eingriffen.

Von den 81 Patienten, bei denen ein Zweiteingriff notwendig war, betrug das kleinste Intervall zwischen den einzelnen Eingriffen 5 Tage, und das größte Intervall 35 Jahre.

Man findet eine Massierung in den ersten 6 postoperativen Monaten mit 25,92 %, und zwischen dem 1. bis 5. postoperativen Jahr mit 41,87 %.





Intervall I.-II. Eingriff

Mortalität.

Die Sterblichkeit beträgt mit 8 Fällen 9,87 %.

1. Fall: Der Patient entfernte 10 Tage nach der Operation den bei ihm eingelegten T-Drain selbst. Es entwickelte sich daraufhin eine gallige Peritonitis. Der Patient kam unter dem Zeichen eines toxischen Herz- Kreislaufversagens ad exitum.

2. Fall: 58jährige Patientin. 1966 Cholezystektomie. Januar 1968 Koliken. April 1968 Reintervention, Papillenstenose, Aufbougieung, anlegen einer Choledochoduodenostomie. Postoperativ entwickelte sich entlang der Tenosondrainage eine Gallenfistel. 9. postoperativer Tag: Spaltung des Wundrandes. 15. postoperativer Tag Herzstillstand. Sektion: Die Todesursache war eine akute Insuffizienz des rechten Herzens bei multiplen Lungenembolien.

3. Fall: 34jährige Patientin. 1960 Cholezystektomie. Im selben Jahr wegen Ikterus Revision der Gallenwege, anlegen eines T-Drains. Juli 1961 wegen Verschlußikterus nochmalige Revision. Situation: Das gesamte Ligamentum Hepaticoduodenale ist zu einem Gewebsblock verbacken. Therapie: Freipräparation der beiden Ducti Hepatici und Darstellung des distalen Choledochus. Vereinigung der Choledochusstümpfe + T-Drainage. Postoperativ kamen durch Sickerblutungen aus den zahlreichen alten Adhäsionen zu Blutansammlung in der Bauhhöhle + gallige Peritonitis. 17.7.61 nochmalige Revision. Einlegung eines Drains. 28.7.61 verstarb die Patientin. Sektion: Hauptleiden: Verschlußikterus. Todesursache: eitrige-gallige Peritonitis.

4. Fall: 65jährige Patientin. 1932 Cholezystektomie. 1967 Revision wegen Choledocholithiasis. 19 Tage nach der Operation verstarb die Patientin. Sektion: Hauptleiden: Chronische Cholangitis mit akuter Cholestase, beginnender cirrhotischer Umbau. Faustgroßer Abszeß im ehemaligen Gallenblasenbereich. Ebsgroßer Solitärstein im jedoch passagefreien Ductus-Choledochus. Todesursache: Massive Lungenembolie.

5. Fall: 28jährige Patientin. Juni 1959 Cholezystektomie. Juli 1959 wegen Ikterus Relaparotomie, es gelang damals nicht den Choledochus oder die Ducti Hepatici darzustellen. August 1959 nochmalige Revision wegen Ikterus. Dezember 1960 Serumbilirubin 18 mg %.

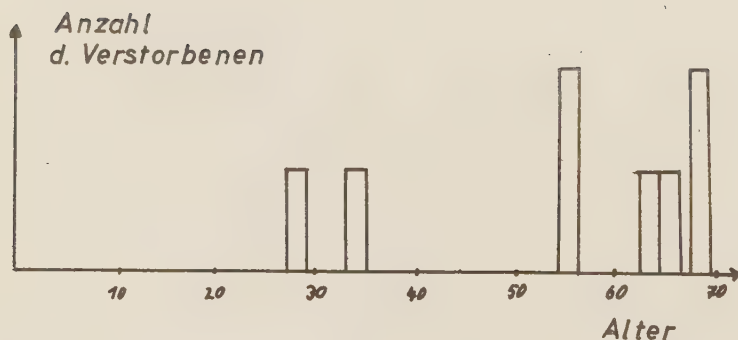
1. 2. 1961 Operation: Ausgedehnte Verwachsungen, es konnte kein Gallengang dargestellt werden. Wegen Blutungen Abbruch der Operation. Wegen postoperativen Blutungen nochmals Revision. 24. 3. 1961 Exitus. Sektion: Hauptleiden: Mechanischer Ikterus nach Gallengangsunterbindung. Todesursache: Leberinsuffizienz bei Leberdystrophie.

6. Fall: 61 jährige Patientin. 1962 Cholezystektomie. Danach Ikterus. 4 Monate später, Juni 1962 Relaparotomie: 29. 6. 62 Op. Situation: Hinter dem Ligamentum Hepatoduodenale befand sich ein derbes Schwielen-gewebe, in dem kein Choledochus zu finden war. In der Leberpforte befand sich eine Zyste. Von dieser Zyste konnte man durch die Leberkapsel hindurch einen größeren - Gallengang darstellen. Therapie:

Anastomose zwischen Duodenum und diesem größeren Gallengang mit einem T-Drain. Histologische Untersuchung des Schwielenorgewebes ergab empfindliche Narbenwucherung. Postoperativ trat bei der Patientin leichter Ikterus auf, der nicht abklang. 24. 9. 63 Relaparotomie. Situation: Tumor im Bereich der Leberpforte mannsfaust-groß. P. E. aus dieser Tumorgeplatte ergab verschleimendes Adeno-Carcinom. Die vor einem Jahr angelegte Hepatico-duodenostomie war durch den Tumor sehr eingeengt worden. Therapie: Bougierung der Anastomose. Einlegen eines T-Drains, das durch das Duodenum an der lateralen Bauchwand herausgeführt wurde. Zunächst erholte sich die Patientin postoperativ sehr gut. Im April 1965 verstarb die Patientin.

Fall 7 und 8: In beiden Fällen lag ein Neoplasma vor.

Die Mortalität erscheint im ersten Augenblick mit 9,87 % sehr hoch zu sein. Wenn man jedoch bedenkt, daß bei 3,69 % ein Neoplasma vorlag, bei 2,46 % eine Lungenembolie die Todesursache war und daß ein Patient durch eigenes Verschulden, indem er den T-Drain selbst entfernte, ad exitum kam, so verbleiben nur noch 2,46 % der Operierten, die unmittelbar an den Operationsfolgen verstarben.



Der Prozentsatz von 2,46 % liegt niedriger, als die meisten in der Literatur angegebenen Zahlen, die sich auf den Primäreingriff beziehen.

Indikation zum Zweiteingriff.

An erster Stelle steht der Ikterus mit 30,9 %.

An zweiter Stelle stehen die Koliken mit 29,73 %, bei vielen Patienten schon über lange Jahre hinaus bestehend.

Dann folgen Koliken + Ikterus mit 19,76 %, Koliken + Fieber mit 6,2 %, nur Fieber mit 3,7 % und Ikterus + Fieber mit 2,5 %.

Ein Fall war ein Zufallsbefund; der Patient kam wegen Blähungen in die Klinik.

<i>Indikation</i>	<i>Prozent</i>
Ikterus + Fieber	2,5
Fieber	3,7
Koliken + Fieber	6,2
Koliken + Ikterus	19,76
Koliken	29,73
Ikterus	30,9

Intraoperative Situation.

Die Revision der Gallenwege erbrachte folgende Verhältnisse:

In 28 der Fälle = 34 % waren Konkremeate vorhanden.

In 9 Fällen = 11,1 % lag ein zu großer Cystikusstumpf vor.

Bei 6 Fällen = 7,4 % war die Anastomose zu klein.

16 mal = 19,9 % lag eine narbige Choledochusstenose vor, die in 3 Fällen von Ligaturfäden verursacht worden war.

Die Pailla Vateri zeigte in 13 der Fälle = 16,5 % eine Stenose.

In 1 Fall war der Choledochus von einer angeschwollenen Choledochusdrüse fast völlig abgedrückt worden, und in einem anderen Fall hat das Ende eines eingelegten T-Drains eine Nekrose des Choledochus verursacht, wodurch eine Insuffizienz entstanden war.

Art des Eingriffes bei der Reintervention.

In 44 Fällen der Operierten wurde eine Anastomose angelegt, von denen 30 eine Choledochoduodenostomie in typischer Weise waren.

Bei 24 Patienten wurde ein Drain eingelegt.

In den 9 Fällen, in denen ein zu großer Cysticusstumpf vorlag, wurde dieser reseziert.

7 mal wurde der Choledochus wegen keinerlei zu findenden Abflußhindernissen wieder primär verschlossen.

In 2 Fällen wurde eine Papillenplastik angelegt.

Untersuchungen an Patienten mit Choledochoduodenostomie.

Nachuntersuchungen von Patienten mit Choledochoduodenostomien, deren Operation ein bis neun Jahre zurückliegen, und bei denen ein maligner Prozeß mit großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, haben folgende Ergebnisse erbracht:

44,4 % der Operierten waren völlig beschwerdefrei.

11,11 % klagten über Druckgefühl.

5,55 % der Patienten gaben an, intermittierende Schmerzen zu haben.

Art der Beschwerden		Von diesen Patienten halten eine gewisse Diät ein:
<i>cholangitische Schübe</i>	16,6 %	100 %
<i>Koliken</i>	22,2 %	75 %
<i>Schmerzen</i>	5,5 %	0 %
<i>Druckgefühl</i>	11,1 %	50 %
<i>beschwerdefrei</i>	44,4 %	25 %

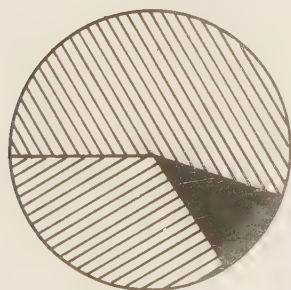
22,2 % klagten über mehr oder weniger intensive Koliken.

16,66 % der Patienten wiesen typische cholangitische Schübe mit Schmerzen, Fieber, Schüttelfrost und ikterischer Verfärbung auf, die das Allgemeinbefinden sehr stark beeinträchtigen.

55,5 % der Patienten haben seit ihrer letzten Operation zwischen 3 und 10 kg zugenommen, und zwar über 5 kg 60 % von ihnen.

Abgenommen haben 11,1 % zwischen 4 und 11 kg.

33,3 % der Operierten haben weder zu- noch abgenommen.



Gewichtszunahme



Gewicht gehalten



Gewichtabnahme

50 % der Patienten stehen wegen ihres Gallenleidens häufig in ärztlicher Behandlung.

in ärztlicher Behandl	nicht i. ärztl. Behandl.
50 %	50 %

Voll arbeitsfähig sind 83,3 % der Operierten.

5,5 % sind bedingt arbeitsfähig.

11,1 % der Patienten geben an, nicht arbeitsfähig zu sein.

66,6 % der bei der Reintervention vorgefundenen primär angelegten Choledochoduodenostomien waren kaum bis garnicht durchgängig.

Ein Fall wies eine Adhaesion der Anastomose im Leberbett auf, so, daß ein spitzer Winkel entstanden war, dadurch war nur eine bedingte Funktionstüchtigkeit der Anastomose gegeben.

Eine Anastomose war etwa 1 cm breit. Es fanden sich auch keine weitere pathologische Veränderungen in den Gallengängen.

Steinrezidiv.

Bei diesen sogenannten Steinrezidiven handelt es sich fast ausschließlich um Steine, die bei der Operation übersehen wurden. "Echte" Steinrezidiven sollen allerdings in 3 - 6 % auch vorkommen. (Rizzi, Reggianini, Wenzl und Lorbeck, Kaiser.) Pi-Figueras andererseits hält das echte Rezidiv für unmöglich.

Tabelle:

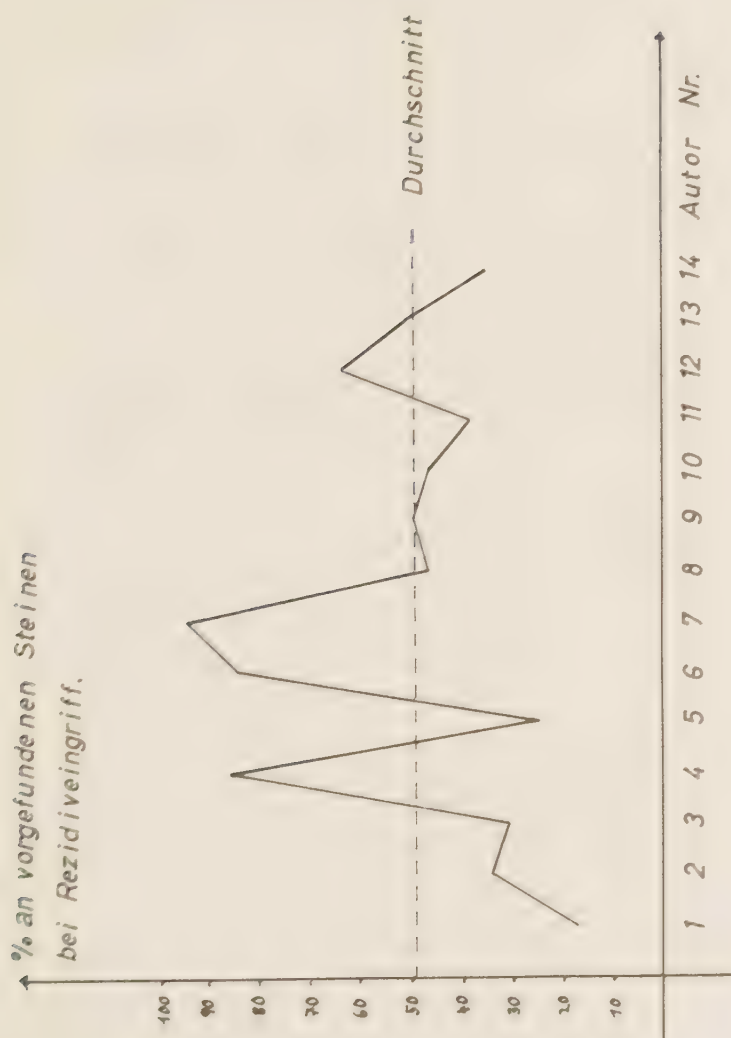
Häufigkeit der Reinterventionen nach Literaturangaben und eigener Erfahrung.

Autoren zurückgebliebene bzw. neugebildete
Steine in %

1 Mallet-Guy und Kestens	(1957)	17,60
2 Hess und Thilo	(1957)	30-36
3 Griessmann und Damman	(1950)	30,0
4 Spohn	(1955)	84,0
5 Vernejoul und Henry	(1957)	25,0
6 Rathcke, L.	(1952)	84,0
7 Mättig	(1964)	94,0
8 Krauss, Overbeck, Kern, Schwick	(1965)	47,2
9 Glenn und Mc Sherry	(1965)	49,4
10 Weitz	(1965)	46,4
11 Hivet und U. Richarme	(1966)	38,7
12 Kourias, Sapkas, Athanassakos	(1959)	63,0
13 Kourias	(1966)	50,6
14 Erlanger Klinik	(1969)	34,5

Durchschnittlicher Prozentsatz:

49,7 %



Cystikusstumpf - "Syndrom"

Einige Autoren sind der Ansicht, daß ein zu lang gelassener Cystikusstumpf postoperativ keine Beschwerden verursacht. Diese Meinung ist aber an Hand des vorliegenden Krankengutes nicht zu bejahen.

Argument 1: In den bei der Reintervention vorgefundenen zu langen Cystikusstümpfen waren fast regelmäßig Konkremente vorhanden. Diese Konkremente, meist aus intrahepatischen Gallengängen stammend, postoperativ nach distal wandernd, wären wahrscheinlich bei freier Choledochuspassage ins Duodenum gelangt. Die Sackartige Ausweitung des Cystikusstumpfes jedoch haben diese Konkremente aufgenommen, wodurch die Beschwerden der Patienten hervorgerufen worden sind.

Argument 2: Die Patienten, die mit Beschwerden zur Reintervention kamen, und bei denen ein zu langer Cystikusstumpf intraoperativ vorgefunden worden ist, waren nach Abtragung dieses Cystikusstumpfes postoperativ beschwerdefrei.

Beim Primäreingriff genügt nicht nur die Entfernung der kranken, meist steinhaltigen Gallenblase, sondern es muß vor allem auch die Sicherung eines postoperativen freien Gallenabflusses aus der Leber angestrebt werden.

Dazu dient:

1. die in den letzten 30 Jahren ausgebaute intraoperative Diagnostik:

Cholangiographie - Mirizzi	1932
Manometrie - Mallet Guy	1942 - 1947
Radiomanometrie - Caroli	1945
Choledochoskopie - Wildegans	1952 - 1960

2. die sich nach den gegebenen Verhältnissen anzuschließende operative Technik:

Choledochoduodenostomie - Riedel	1888
Eingriffe an der Papille:	
Papillendehnung - Langenbuch	1884
Papillenspaltung - Mc Burney	1891
Papillektomie - Halsted	1898
Choledochoduodenostomia	
interna - Kocher	1902
Sphinkterotomie - Mc Burney	1903

Mittels einer gewissenhaft durchgeführten intraoperativen Diagnostik kann man vor allem dem sogenannten "Steinrezidiv", das der häufigste Grund für eine Reintervention ist, begegnen.

I. Intraoperative Diagnostik:

Das Fortbestehen eines Beschwerdekompleses und die Notwendigkeit von Rezidivoperationen, bedingt durch nicht erkannte und zurückgebliebene Steine, belastet die Gallenchirurgie erheblich. In den letzten Jahren konnten in der intraoperativen Diagnostik wesentliche Fortschritte erzielt werden. Manometrie und vor allem Cholangiographie gestatten eine Darstellung der Gallenwege und der Abflußverhältnisse und den Nachweis stummer Konkreme in den Gallengängen.

Serienaufnahmen und Telecholangiographie erhöhen die diagnostische Sicherheit. Der Anteil der Choledochusrevisionen wird hierbei deutlich gesenkt; Heinemann - Mainz - berichtet von einer Reduzierung von 42 % auf 25 %. Aber selbst bei großer Erfahrung kann die Beurteilung der Abflußverhältnisse und der cholangiographischen Bilder schwierig sein, Fehldeutungen sind in 5 bis 10 % zu erwarten. Besonders schwierig ist der Nachweis kleiner Steine in den intrahepatischen Gallengängen. Hier bedeutet die Ergänzung der Choledochusrevision durch die intraoperative Cholangioskopie einen weiteren wesentlichen Fortschritt. Ohne erhöhtes Operationsrisiko und mit unwesentlichem Zeitaufwand kann man mit dieser Methode den Choledochus von den intrahepatischen Aufzweigungen bis zur Papilla Vateri mit dem Auge übersehen, Steine und die in Aussackungen des distalen Choledochus zurückgebliebene Steinreste darstellen und Veränderungen im Papillenbereich beurteilen. Denn die Erfahrung hat gelehrt, daß trotz wiederholter Spülungen und freier Bougierung kleine Steine an der Wand des Choledochus oder an sogenannten Pseudodivertikeln festhaftend zurückbleiben können. Nur die Cholangioskopie ist in der Lage diese kleinen Konkreme zu entdecken. Es ist nochmals festzuhalten, daß die Cholangioskopie keine der Cholangiographie

entgegengesetzte Methode ist, sondern eine die andere vervollständigen soll.

II. Operative Technik.

Es ist grundsätzlich festzuhalten, daß sowohl die Choledochoduodenostomie, die Choledochostomie mit abschließender Kehr-scher Drainage, als auch die transduodenale Papillenspaltung ihre bestimmten Indikationen je nach vorliegender Situation haben. Sicherlich ist es falsch, grundsätzlich die eine oder die andere Methode abzulehnen; jede Methode hat seine Vor- und Nachteile. Es ist verständlich, daß die verschiedenen Autoren für die eine oder andere Methode besonders eintreten. Die Gallenwegchirurgie kann sich aber nur weiterentwickeln, wenn die einzelnen Methoden immer wieder kritisch von allen Seiten betrachtet werden.

Choledochoduodenostomie.

Erstmals von Riedel 1888 durchgeführt, 24 Jahre später von Sasse erweitert und systematisiert. Die Choledochoduodenostomie stellt in den meisten Fällen das Mittel der Wahl dar. Nach Rathke bietet die Choledochoduodenostomie bei Abflußbehinderungen die beste Gewähr für einen Dauererfolg.

A. Indikation zur Anastomosoperation:

- a) wenn alle klinischen Untersuchungsmethoden, wie Sondierung, Palpation, Spülung, Manometrie, intraoperative Cholangiographie usw., keine Klarheit über eine sichere Passage ins Duodenum geben können.
- b) bei rezidivierenden Gallengangssteinen und bei schlammigen Massen in den Gallengängen, besonders, wenn deren Ausräumung nicht vollständig

gelingt.

- c) bei Papillenstenosen oder Einengungen des Choledochus, die durch Prozesse - Pankreatitis, Pankreaskopfkarzinome, Papillensklerose - von außen bedingt sind.
- d) wenn eine Cholangitis vorliegt und gleichzeitig der Choledochus erweitert ist.

B. Gegenindikation zur Choledochoduodenostomie:

- a) bei Ascaridiasis der Gallenwege (wegen der Gefahr der dann erleichterten Einwanderungsmöglichkeit der Parasiten).
- b) bei Patienten unter 30 Jahren mit nicht erweitertem Choledochus.
- c) bei pathologisch-anatomisch bedingter Unmöglichkeit einer sicheren Anastomosenverbindung.

C. Vorteile der Choledochoduodenostomie:

- a) der Galleabfluß wird wie bei keiner anderen operativen Technik gesichert.
- b) die intrahepatisch gelegenen übersehenen oder nicht entfernbaren Konkremente können beim Tiefertreten ungehindert ins Duodenum passieren. In dem Krankengut, das hier vorliegt, ist bei primär angelegter Choledochoduodenostomie, wenn diese breit genug war, kein Fall mit sogenannten "Rezidivsteinen" zu beobachten. Röntgenologische Nachuntersuchungen post Choledochoduodenostomie bestätigen diese Beobachtung.
- c) der gesamte Anteil der produzierten Galle bleibt im Gegensatz zur Kehrschen T-Drainage erhalten. So wird einem Elektrolytverlust vorgebeugt.

D. Nachteile der Choledochoduodenostomie:

- a) sie kann und soll nur bei deutlich erweitertem Choledochus angelegt werden.
- b) sekundäre Schrumpfung, bzw. totale Verödung

der Anastomose.

- c) erneute "Rezidivsteinbildung" im ausgeschalteten retroduodenalen Choledochusanteil.
- d) Gefahr der aufsteigenden Infektion vom Duodenum aus, bedingt durch die Ausschaltung der Sphinkter Oddi.

Zu a) Bei normal weitem Choledochus ist die Wand sehr zart. Es ergeben sich

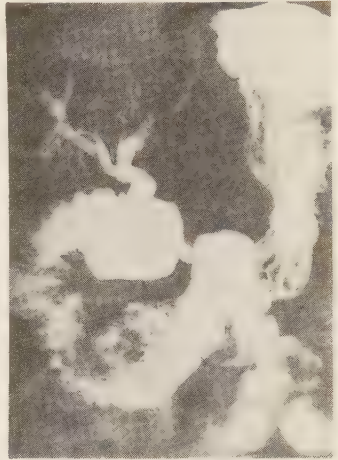
1. technische Schwierigkeiten,
2. die Gefahr, daß die Anastomose zu eng wird, es so zu einer Störung des Gallenabflusses kommt, und sie somit ihrer Aufgabe nicht mehr gerecht wird.

Zu b) Hess, Finsterer, Weiss und Redell weisen auf die Möglichkeit der sekundären narbigen Schrumpfung bzw. einer totalen Verödung der Anastomose hin. Hess glaubt sogar, daß jede dieser Anastomosen um 50 % schrumpft. Man muß also darauf achten, daß diese möglichst breit angelegt wird. Von Bernhard stammt der Satz, daß nicht die zu weite Choledochoduodenostomie, wie man früher annahm, gefährlich sei, sondern im Gegenteil die zu enge Anastomose. Eine Verödung der Anastomose kann allerdings auch dann eintreten, wenn die Verhältnisse sich im ausgeschalteten Choledochusanteil und an der Papille wieder normalisiert haben und die Galle ihren natürlichen Abfluß hat. In diesem erstrebenswertem Fall hat die Anastomose ihre Aufgabe erfüllt. Es kommt aber auch sicherlich vor, daß die Anastomose ohne Abflußsicherung durch die Papille verödet.

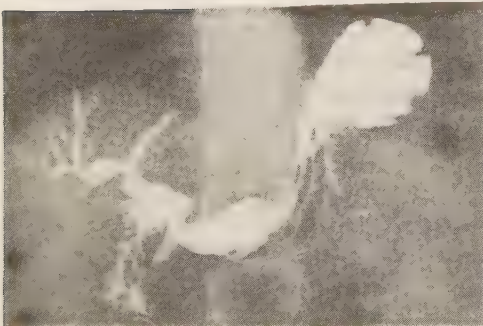
Zu bemerken ist noch, daß die sekundär angelegte Anastomose eher zur Schrumpfung neigt, als die Primäre.

- Zu c) Dem Einwand vieler Autoren, daß es in dem ausgeschalteten retroduodenalen Choledochusanteil, der gewissermaßen einen Blindsack darstellt, zur "Rezidivsteinbildung" kommen kann, muß unbedingt Rechnung getragen werden. In diesem Zusammenhang ist die Forderung zu stellen, den auszuschaltenden Choledochusanteil möglichst von allen Konkrementen und schlammigen Massen zu befreien, um nicht eine Brutstätte für Infektionserreger in dieser Sackgasse zu schaffen. Kymographische Röntgenuntersuchungen haben eine aktive Entleerung des retroduodenalen Choledochabschnittes durch Peristaltik nachweisen können. Oft neigt dieser Abschnitt auch nach Anlegung der Anastomose zur Schrumpfung. Da die Papille oft nicht vollständig verschlossen ist, entsteht nicht immer ein "Blindsack". Bei breit genug angelegter Anastomose ist auch aus diesem Gallengangsteil ein ungehindertes Abfließen ins Duodenum gesichert.
- Zu d) Die Gefahr der aufsteigenden Infektion vom Duodenum aus, ist der häufigst erhobene Einwand gegen die Choledochoduodenostomie. Dieser Einwand ist jedoch nicht gültig, wenn die operativen "Forderungen" erfüllt worden sind.
- Das röntgenologische Krankengut der inneren Gallenfisteln, also der Verbindungen zwischen dem Magen- Darm- Kanal und dem Gallengansystem läßt die Behauptung zu - bei genügender Breite der Anastomose -, daß durch ascendierende Erreger keine Entzündung hervorgerufen wird: Bei der Magen- Darm- Durchleuchtung bei Anastomosen kann man deutlich das Eindringen von

Variumbrei in die Gallenwege durch die Anastomose beobachten. Es ist wohl anzunehmen, daß im gleichen Maße wie das Kontrastmittel der Speisebrei in die Gallenwege eintritt. In all diesen Fällen müßte also früher oder später eine tödlich verlaufende Cholangitis auftreten. Dies ist aber nicht der Fall. Die Erreger - es handelt sich meist um *Bacterium coli*, Enterokokken, *Bacterium typhi* und *paratyphi* - dringen also mittels Speisebrei in das Gallengangssystem ein, vermögen sich jedoch nicht in der Schleimhaut einzunisten und dort eine Entzündung hervorzurufen. Wenn keine Stauung vorliegt, fließt der Brei sehr schnell wieder ab, dadurch verweilen die Bakterien nur für einen kurzen Zeitraum in den Gallengängen. Darüberhinaus besitzt die Gallengangsschleimhaut eine überwiegend sekretorische - im Gegensatz zu der resorptiven Gallenblasenschleimhaut - Eigenschaft, die das Eindringen von Keimen in tiefe



re Wandschichten erschwert. Die ascendierende Infektion dürfte also keine Rolle spielen, wenn die Anastomose breit genug angelegt ist und wenn keine Konkremente vorhanden sind, wobei das Erste wohl das Zweite ausschließen dürfte.



Die neuesten Beobachtungen und Forschungsergebnisse erheben die Frage, in wie weit eine Entzündung der Gallenwege durch Ascension der Keime, durch Descension oder auf haematogenem Weg hervorgerufen wird:

Ein großer Teil von Bakterien, aus dem Darm stammend, durchwandert die Darmwand und wird über den Pfortaderkreislauf in die Leber verschleppt. Dieses Ereignis kommt häufiger vor, als bisher im allgemeinen angenommen worden ist. Die so in die Leber eingedrungenen Keime unterliegen meist der Abwehrkraft des Blutes, sowie der Phagozytose des in der Leber besonders hoch entwickelten Retikulo-Endothelialen Systems. Wenn die Erreger jedoch nicht vollständig abgetötet werden, erfolgt eine Ausscheidung mit der Galle und damit die Möglichkeit einer Ansiedlung in den Gallenwegen. Das letztere Ereignis wird vor allen Dingen durch das Vorliegen einer Gallenstauung begünstigt. Dieser Vorgang ist im Tierversuch eindrucksvoll zu beweisen. Unterbindet und durchtrennt man z.B. bei Ratten den Choledochus und reizt man den Darm durch spätere orale Zufuhr von Rizinusöl, so läßt sich fast stets auf diese Weise eine eitrige Cholangitis hervorrufen, die durch die aus dem Darmlumen stammenden Bakterien verursacht ist.

Für den Chirurgen ist es gleichgültig, ob eine Entzündung durch Ascension oder durch Descension der Keime hervorgerufen wird, für ihn ist wesentlich zu wissen, daß eine Infektion nur dann zu befürchten ist, wenn keine genügende Abflußsicherung aus dem Gallengangsystem vorhanden ist.

Sicherlich können bei einer peripheren Eintrittspforte (Angina) oder nach einer Allgemeininfektion die Bakterien auch auf hämatogenem Weg eine Entzündung verursachen.

Die Beobachtung, daß sich die Choledochoduodenostomie fast immer günstig auf eine vorbestehende Cholangitis auswirkt, spricht eindeutig gegen die Behauptung, daß die Anastomose eine Infektion fördere.

E. Forderungen an eine Choledochoduodenostomie:

- a) die Anastomose muß breit genug angelegt werden. Früher vertrat man die Ansicht, sie möglichst klein halten zu müssen, um die Gefahr einer ascendierenden Entzündung zu mindern. Heute ist man auf ein möglichst weites Stoma bedacht, um eine gute Abflußmöglichkeit zu erzielen; hinzu kommt, wie bei jeder Narbe, eine gewisse Schrumpfung.
- b) Prothesen zur Vermeidung der Anastomosenschrumpfung sollten heutzutage möglichst nicht mehr benutzt werden, da sie in den meisten Fällen zur Inkrustierung und Obliteration neigen.
- c) die Anastomose soll möglichst spannungsfrei geschaffen werden, um eine Abknickung des Choledochus zu verhindern. Bei ungünstigen Verhältnissen sollte das Duodenum eher ein Stück weit mobilisiert bzw. ein anderer Darmabschnitt zur Anastomosierung herangezogen werden.
- d) der auszuschaltende Choledochusanteil muß möglichst von allen Konkrementen und schlammigen Massen befreit werden.
- e) der retroduodenale Choledochusabschnitt soll möglichst kurz gehalten werden. Man erreicht damit:
 1. daß sich hier nicht so leicht Steine und Gallengriß ansammelt.

2. daß sekundär die Anastomose nicht zu hoch am Choledochus angelegt wird, und somit der Weg der Darmbakterien und des Speisebreies in die intrahepatischen Gallengänge möglichst lang gehalten wird.
- f) Beachtung des Nahtmaterials; Katgut begünstigt beispielsweise eine Schrumpfung und sollte daher nicht für Anastomosennähte verwendet werden.
- g) nach Möglichkeit sollte ein eingeklemmter Papillenstein entfernt werden, da zweifelsohne durch das zurückgelassene Konkrement Nachbeschwerden auftreten können.

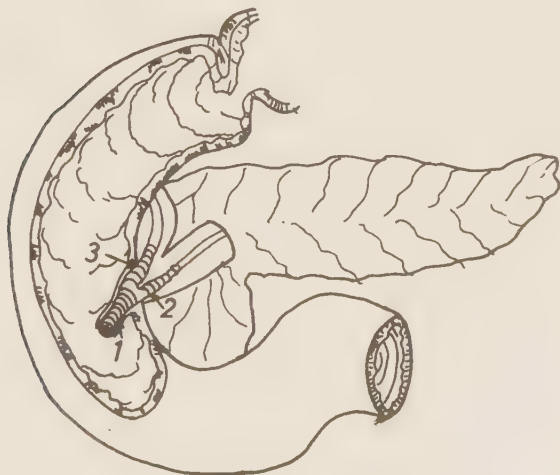
Das Ergebnis der hier untersuchten Patienten, bei denen im Zweiteingriff eine Choledochoduodenostomie angelegt worden war (1 bis 9 Jahre zurückliegend), stimmt mit Ergebnissen aus der Literatur, bei denen "primär" eine Choledochoduodenostomie angelegt worden war, überein.

Eingriffe am Sphinkter.

Es gibt zahlreiche verschiedene operativ-methodische Vorschläge zu einem anatomisch sehr eng begrenztem Gebiet, zu deren Verständnis man genaue anatomische und physiologische Kenntnisse haben muß.

Am Sphinkter Oddi kann man funktionell und anatomisch drei verschiedene Muskelteile unterscheiden:

1. den Sphinkter ampullae,
2. den nicht konstant ausgeprägten Sphinkter pankreaticus,
3. den Sphinkter choledochus, dessen proximale, extramuralgelegene Muskelabschnitte den Sphinkter choledochus proprius bilden.



Der Verschlußmechanismus zur Verhinderung eines duodenobiliären Refluxes wird komplettiert durch einen aus Schleimhautfalten bestehenden Klappenapparat an der Papilla Vateri. Auch in der Pathologie von Galle und Pankreassaft-Abflußstörungen nimmt dieser Bezirk, wie Holle an einem großen Sektionsgut überzeugend nachweisen konnte, eine bedeutende Rolle ein. Die von Bernhard nachgewiesene aktive Tätigkeit des Spincter Oddi im Röntgenbild wurde von zahlreichen Untersuchern des angloamerikanischen, französischen und deutschen Sprachraumes bestätigt und gilt heute als gesichert. Zwischen Entleerungsmechanismus des Sphincters und Duodenalperistaltik bestehen außerdem enge funktionelle Beziehungen.

Für die Pathogenese und die Bedeutung wechselseitiger pathophysiologischer Auswirkungen auf die Gallenwege und das Pankreasgangsystem beim Steinleiden, bei organischen und funktionellen Störungen an der Papille und bei Erkrankungen des Pankreas sind die sehr variablen topographischen Verhältnisse beider Ausführungsgänge in ihrem Mündungsgebiet ebenso wichtig wie für die Diagnostik und die daraus zu ziehenden therapeutischen Überlegungen.

Die verschiedenen Operationsverfahren sind wie folgt:

I. Sphincterdilatation.

II. Sphincterplastik.

Sphincterotomie mit Keilexcision aus dem Sphincterring mit und ohne Septumresektion.

III. Sphincterotomie.

A. total,

Durchtrennung aller Muskelsysteme des Sphincter Oddi.

B. partiell,

1. Durchtrennung des Sphincter ampullae (Papillotomie).

2. Totale Durchtrennung des Sphincter ampullae
und des Sphincter choledochus.

IV. Sphincterresektion.

A. total,

Sphincterrektomie.

B. partiel,

Papillenplastik nach Niedner, die sich auf
die Excision des Sphincter ampullae erstreckt.

Anatomisch stehen die Eingriffe dieser differenzier-
ten Klassifikation sicher auf festen Füßen, aber
nicht alle sind in der Praxis durchführbar, weil der
Krankheitsprozeß einer präparatorischen Darstellung
kleinster Funktionseinheiten oft unüberwindliche
Grenzen setzt. Man darf das therapeutische Ziel nicht
aus den Augen verlieren. Es kommt darauf an, den or-
ganisch veränderten Sphincter bis in die gesunden
Wandbezirke des Choledochus zu spalten oder zu rese-
zieren.

Da anatomisch begründete Nomenklatur und chirurgisches
Äquivalent oft nicht ohne Zwang in Einklang zu brin-
gen sind, ist es schwer, die Leistungsfähigkeit ein-
zelner Verfahren statistisch zu vergleichen.

Bougierung der Papille.

Viele Autoren propagieren eine blinde Bougierung der Papilla Vateri vom Choledochus aus. Vor allem die Freiburger Schule tritt für dieses Verfahren - bei unkomplizierten Fällen - ein.

Viele Gegner davon wenden ein, daß man durch eine einmalige Dehnung der Papille nicht ein Absinken von pathologischen Druckwerten im Gallengangssystem erreichen kann. Krauss hat, um diesem Einwand zu begegnen, bei einer Reihe von Kranken Nachuntersuchungen angestellt: Nach Papillenbougierung und Primärverschluß des Choledochus hat er feinste Kunststoffkatheder in den Cystikusstumpf oder feinste T-Drainagen in den Choledochus eingelegt, die von der ersten Minute an abgeklemmt blieben, also nur diagnostischen Zwecken dienten und nicht der Galleableitung nach außen. Am 6. postoperativen Tag wurde eine Nachcholangiographie - Manometrie durch den feinen Katheder vorgenommen, der anschließend entfernt wurde. Das Ergebnis war durchweg zufriedenstellend.

Dieses Ergebnis ist ein Frühergebnis, und es bleibt die Frage, ob durch die Bougierung auch eine bleibende Weite und Durchgängigkeit des Sphincter erzielt werden kann. Durch die Bougierung der Papille kann man ohne Zweifel für einige Zeit den Sphinctermuskel dehnen, und damit einen guten Abfluß aus den Gallengängen erreichen, es ist jedoch fraglich, eine pathologische Veränderung am Sphincter, die in den meisten Fällen vorlag, mittels einer Bougierung zu beseitigen. Bei der Bougierung droht auch die Gefahr einer suprasphinctären Perforation ins Duodenum, die eine Papillenpassage vortäuscht. Mit postoperativen Röntgenkontrollen sind innere Fisteln als Restzustand mißlungener Bougierungen nachgewiesen worden.

Kann im Bereich des Sphincters eine narbige Stenose diagnostiziert werden - in diesem Falle ist der Choledochus dilatiert; eine Sondierung nicht möglich, oder, nur mit Gewalt; die Peristaltik aufgehoben - so kommt eine bloße Bougierung der Papille nicht in Frage. Es muß entweder eine "Sphincterotomie" oder eine Choledochoduodenostomie vorgenommen werden. Man soll auf keinen Fall immer eine "Sphincterotomie" oder immer eine Anastomose ausführen. Die Sphincterotomie weist in der Literatur eine hohe Mortalität auf. So berichtet Hess von einer Mortalität von 2,2 % die er der "Sphincterotomie" direkt zu Lasten legt. Die Sphincterotomie sollte möglichst selten angewendet werden. Es gibt aber Situationen, in denen sie auf jeden Fall indiziert ist:

1. bei einem Verdacht auf einen Papillentumor,
2. bei chronischer Pankreatitis,
3. bei Situationen, bei denen eine Anastomose eine Gegenindikation hat,
4. wenn ein eingeklemmter Papillenstein von oben nicht entfernt werden kann.

zu 1. In diesem Falle soll die Papille inspiziert und biopsiert werden.

zu 2. Die Stenose wirkt sich bei bestehender Pankreatitis auf den Ductus Wirsungi aus.

zu 3. Eine Kontraindikation stellt beispielsweise ein schlanker Choledochus dar.

Da in den letzten zwanzig Jahren eine Zunahme der Gallenoperationen zu verzeichnen ist, so ist die Tatsache, daß Zweit und Mehrfacheingriffe ebenfalls zugenommen haben, nicht verwunderlich. Durch intensive intraoperative Diagnostik und durch gebesserte operative Technik, als auch durch größere Erfahrung der Chirurgen, wird die Indikation zu Zweit- und Mehrfacheingriffen immer mehr verringert werden. Aus diesem Grunde müssen die Probleme immer wieder von allen Seiten kritisch betrachtet werden, Ergebnisse müssen gesammelt und einander gegenübergestellt werden.

==M a t e r i a l==

N A M E	Art und Indikation zum Ersteingriff	Zeitraum Erst- Zweit- eingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweitein- griffes - Situation bei Operation	R E S U L T A T
Sabelmann Erich 24.3.20	12. 6. 69 Chole- cystektomie.	1 Monat	Postoperativ Ikterus. 18 mg % Biliru- bin.	9. 7. 69 Op. Situation: 1,5 l gallige eitrige Peritonitis mit multiplen Abs- zessen. Choledochus nach distal hin mit zwei dicken Kunststoff- fäden ligiert. Aus dem proxima- len freiliegenden Chuledochusen- de trat die Galle in die freie Leibeshöhle aus. Therapie: End-zu-Endvereinigung des Choledochus war nicht mög- lich, daher Anlegen einer Chole- dochoduodenostomie im Sinne ei- ner Y-Anastomose.	Postoperativ: Komplikationslos. Hinzutretender Herzinfarkt wurde behandelt. Die Patientin kann- te mit freidurch- gängigen Gallen- gängen entlassen werden.
Haberor Marianne 29.5.26	17.2.69 Cholecystektomie	5 Monate	1 Woche anhal- tender Ikterus.	17.7.69 Op. Situation: Choledochus daumen- dick, keine Konkrement, Papilla jedoch nur für ganz dünne Sonde durchgängig. Papillensklerose. Therapie: Duodenostomie. Papillo- tomie.	Postoperativ: gut.
Höllering Katharina 18.9.23	1950 Cholecystektomie	19 Jahre	Seit 1951 Koli- ken. 1 mal Ikte- rus.	21.5.69 Op. Situation: Choledochus dreifach daumendick. Gefüllt mit Konkre- menten, bis zu bohnengröße. He- patische Gänge ebenfalls gefüllt. Therapie: Incision des Choledo- chus. Entfernung der Steine. Spülung. Anlegen einer Chole- dochoduodenostomie. Drain-Ein- lage.	Postoperativ: Komplikationslos.

N A M E	Art und Indikation zum Ersteingriff	Zeitraum Erst- Zweit- eingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweitein- griffes - Situation bei Operation	R E S U L T A T
Schauer Margarethe 17.10.03	1959 Cholecystekto- mie.	10 Jahre	Seit 1966 Koliken	19.6.69 Op. Situation: Keine Konkremente im Choledochus. Kleinfingerlanger, daumenendglieddicker Cystikus- stumpf. Therapie: Abtragen des Stumpfes. T-Drain.	Postoperativ: Komplikationslos. Entfernung des T-Drains am 8. postop. Tag.
Pitterling Berta 18.11.10	1966 Cholecystekto- mie wegen Choleli- thiasis.	3 Jahre	Seit 1967 Koliken	31. 3. 69 Op. Situation: Revision der Gallen- wege. Jedoch keinerlei Anhalt für Stenose. Therapie: Mit Bombinen bis Nr.9.	Postoperativ: gut.
Jedrzejak Rita 26.11.22	1959 Cholecystekto- mie.	10 Jahre	Koliken.	2. 1. 69 Relap. Situation: Cysticus gut finger- lang, jedoch unauffällig. Rönt- gendarstellung ergab keinen Hin- weis auf Abflusshindernis. Therapie: Cholechostomie + Son- dierung. Kein Anhaltspunkt für ein Konkrement. Abtragung des Cystikusstumpfes.	Postoperativ: gut.
Wolf Ernst 7.6.22	1965 Cholezystek- tomie wegen Chole- lithiasis.	4 Jahre.	Verdacht auf Cho- ledocholithiasis.	7. 5. 69 Op. Situation: Incis. des Choledochus. Papilla nicht sondierbar. Papilla relativ groß, mit Konkrementen angefüllt, Aufdehnung der Papilla mit Bombinen nicht möglich. Cho- ledochus nicht erweitert. Therapie: Duodenostomie. Spülung. T-Drain.	Postoperativ: gut

N A M E	Art und Indikation zum Ersteingriff	Zeitraum Erst-Zweit-eingriff	Indikation: zum Zweiteingriff	Art des Zweitein-griffes - Situation bei Operation	R E S U L T A T
Weiβfloch Peter 5.11.30	1964 wegen Ikterus Cholechochoduodenosto- mie.	5 Jahre	Seit Oktober 68 Koliken bei be- stehender Pankrea- titis.	7. 1. 69 Op. Situation: Derbe und verdickte Pankreas. Cholechochoduodenostomie nach Eröffnung des Choledochus mit der Sonde nicht zu passieren. Papilla Vaterie verlegt. Therapie: Duodenostomie. Anlegen einer breiten Cholechochoduodenosto- mie.	Postoperativ: gut.
Meier Gertrud 14.9.29	1962 Cholezystektomi- e wegen Choleli- thiasis + Chole- dochoduodenostomie.	7 Jahre	Seit 1963 rezid. Schmerzen.	19. 2. 69 Op. Situation: Adhaesion der Anasto- mose im Leberbett, so, daß ein spitzer Winkel entstanden war. Dadurch nur eine bedingte Funkti- onstüchtigkeit der Anastomose. Therapie: Lösung des Adhaes. und Duodenostomie zur Inspektion der Anastomose, welche normale Ver- hältnisse bot.	Postoperativ: gut.
Dornis Friedebald 17.12.14	Juli 68 Cholecystektomi- e wegen Chole- lithiasis.	6 Monate	Intermittierende Fieberschübe und Schmerzen.	27. 1. 69 Op.: Situation: Mesenterialgefäße ge- samt. Leberpunktion: histol. mittelgradige Leberepithelver- fettung, mittelmäßig starke Cho- lestase. Eröffnung des Choledo- chus. Peripher fast völliger Ver- schluß des Choledochus in Höhe der ehemaligen Cystikuseinmündung Therapie: Spaltung der Stenose und Spülung der Gänge. T-Drainage	Postoperativ: zunächst gut. 30.6.69 Fieberschü- be Schüttelfrost, Besserung unter konserv. Behand- lung.

N A M E	Art und Indikation zum Zweiteingriff	Zeitraum Erst-Zweit- eingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei der Operation	R E S U L T A T
Petters Hans 22.4.97	16.9.60 Chole- zystektomie	I. Inter- vall: 5 Jahre II. Inter- vall: 2 Jahre III. Inter- vall: 5 Monate	Verschluss- ikterus Indikation zum Viertheingriff: Verschluss- ikterus	21.12.65 Op: Situation: Choledochusläsion mit größerer Gallenfistel. Im Bereich des früheren Cysticus befand sich ein Ligaturfaden, hier war der Choledochus komplett stenosiert mit Schwielen. Therapie: Resektion des stenosierten Choledochusteil. Über Y-förmigen Kehr'schen Drain eine End-zu-End Anastomose zwischen caudalen und cranialen Abschnitt. 10.1.67 Drainage völlig ver- stopft. Bei Schlauchent- fernungsversuch riß dieser ab. 1967 Op. Situation: die Galle muß neben dem Schlauch ins Duodenum ge- flossen sein, da kein Ikterus bestand. Therapie: Exstruktion des Schlauches. Einlegen eines Thiermannkatheters. 10.5.67 Revision wegen einer sich nicht schließenden Fistel. Erneute Einlage eines Y-Drains. 11.7.68 Entfernung des Y-Drains, dessen Lumen schwer durchgängig war. Bei dem Patient bestand zunächst noch Ikterus, welcher aber bald abblasste.	Postoperativ gut 1.8.68 Entlassung mit Bilirubin 2 mg%.

N A N E	Art und Indikation zum Ersteingriff	Zeitraum Erst-Zweit-eingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei Operation	R E S U L T A T
Kellermann Franz 1.5.50	1961 Cholezystektomie und Cholecholedodenostomie nach Unterbindung des Choledochus.	5 Jahre	Seit April 66 ikterische Schübe mit Schüttelfrost.	10. 6.66. Op. Situation: Leber vergrößert, harte Konsistenz. Choledochus daumendick. Die Choledochoduodenostomie war knapp für eine Stricknadel durchgängig. Cysticusstumpf war sehr lang. Cholelithussteine und Cysticussteine, weitere Steine im ganzen übrigen Gangsystem. Cholangioskopie. Im distalen Choledochus eine ringförmige Narbe, die wahrscheinlich die alte Unterbindungsstelle darstellt. <u>Therapie:</u> Entfernung der Steine Resektion des Cysticus. Aufsprengung. In den Choledochus T-Drainage, an die proximale Choledochusinzision Roux'sche Anastomose. Der obere Jejunumschenkel wurde durchtrennt, das aborale Ende nach Blindverschluss End-zu-Seit mit Choledochus vereinigt. Das orale Ende End-zu-Seit in den abführenden Jejunumschenkel eingenäht.	Postoperativ sehr gut.

N A M E	Art und Indikation zum Ersteingriff	Zeitraum Erst-Zweiteingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei der Operation	R E S U L T A T
Göckel Irene 17.9.58	1966 Cholezystektomie wegen Cholelithiasis	4 Monate	Postop. traten erneut Koliken auf. Alkal. Phosphatase 26,8 KAE Bilirubin 1,96 mg%. Eine Zweiteuntersuchung nach wenigen Tagen ergab Alkal. Phosphatase 38,1 KAE, was eine zunehmende Cholestase bedeutete.	13.7.66 Op: Situation: Extrahepatische Gallenwege leicht erweitert. Kein Stein im Choledochus. Papilla etwas eng, jedoch bis 8 mm bougiebar. Die Beschwerden waren wahrscheinlich auf einen zurückgelassenen Stein, der spontan abgegangen war oder auf die leichte Stenose der Papilla zurückzuführen. Therapie: Einlegen eines T-Drains.	Postoperativ gut
Petri Johann 25.5.50	1963 Cholezystektomie	I. Intervall 3 Jahre II. Intervall 4 Monate	Postop. Ikterus und Koliken Indikation zum Dritteingriff: Ikterus.	13.10.66 Op: Situation: Cystikusstumpf ziemlich lang. Steinkonkremente im Ductus Cysticus. Cholangiographie + Sondenpalpation: keine Konkremente im Choledochus. Therapie: Resektion des Cystikusstumpfes. 15.2.67 Revision Situation: Leber stark vergrößert. Histologisch: Chronische Hepatitis mit Verdacht auf Übergang in Cirrhose. Choledochus zeigte im Narbengewebe eine Verziehung und eine narbige Stenose, wodurch der Stauungsikterus bedingt war. Therapie: Einlage eines T-Drains in Choledochus	16.2.68 Entfernen des T-Drains Patient seitdem beschwerdefrei

N A M E	Art und Indikation zum Ersteingriff	Zeitraum Erst-Zweit-eingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei der Operation	R E S U L T A T
Ridiger Ursula 23.5.22	1956 Choledochoduodenostomie, die wiederholt zu einer chronischen Cholangitis mit Fieberschüben und Koliken geführt hat.	4 Jahre	Koliken. Indikation zum Dritteingriff: 26.4.66 septische Temperaturen und Koliken, alkal. Phosphatase 12 BE Rö: Abfluss- hindernis nicht sicher nachweisbar.	1962 Revision. 18.5.66 Op: Situation: Die alte Choledochoduodenostomie ließ sich gut darstellen. Die Anastomose war etwa 1 cm breit. Extrahepatische Gallengänge gut sondierbar. Keine Steine. Cholangioskopie: einwandfrei. Cholangiomanometrie: normale Verhältnisse 6 mm H ₂ O. Therapie: Einlage eines T-Drains.	Postoperativ gut
Kaltenecker Erna 10.6.28	3.3.66 Cholecystektomie wegen Cholelithiasis	I. Intervall 50 Tage II. Intervall 1 1/2 Jahre	Am 3. postop. Tag zunehmende Ikterus mit Auftreten einer Gallenfistel aus der Drainagenstelle 21.3.66 Ikterus Bilirubin 11 mg% Gallensekretion aus der Fistel zwischen 50 und 1000 ml pro die Indikation zum Dritteingriff: Ikterus	20.4.66 Revision Situation: Choledochusfistel mit Verschluss in Höhe des Confluenz der Lebergänge Therapie: Hepaticojejunostomie + T-Drain. 24.5.66 Rö-Aufnahme zeigte erneut subphrenischen Abszess. Therapie: Drainage des Abszesses ca. 1200 cm Eiter. Einlage eines T-Drains. 23.10.66 galliges Sekret entleert sich neben dem T-Drain. Rö.-Darstellung zeigte, daß das T-Drain aus der Anastomose herausgewandert war und in einer Dünndarmschlinge in li. Oberbauch lag. Therapie: Extraktion des Drains. Die Fistelöffnung schloss sich schnell.	seit Anfang 1967 klagt die Patientin über Oberbauchbeschwerden mit Fieberschüben und Schüttelfrost 30.10.67 Revision Situation: 3 Fadenfisteln Therapie: Entfernng. Die Patientin erholte sich sehr rasch.

N A M E	Art und Indikation zum Ersteinriff	Zeitraum Erst- Zweit- eingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei Operation	R E S U L T A T
Ziegler Maria 28.4.31	20. 5. 66 Cholecystektomie wegen Cholelithiasis	10 Monate	Seit Sept. 66 Koliken med.Kl. 6. 2. 67 Laborbefunde sind normal. l.v. Cholangiogramm: dringender Verdacht auf präpapilär gelegenes Konkrement.	7. 2. 67 Op. Situation: Choledochus etwas erweitert, intraop. Cholangiogramm zeigte reichlichen Abfluss ins Duodenum, jedoch ein 4 x 8 mm grobes Konkrement präpapilär. Therapie: Entfernung des Steines. Wegen langer Irridation des Steines im Choledochus und wegen der instrumentellen Ausräumung mußte mit einer späteren Stenose gerechnet werden, deshalb Anlegung einer Choledochoduodenostomie.	Postoperativ gut.
Gradl Rosa 27.10.24	1955 Cholezystektomie wegen Cholelithiasis.	12 Jahre	seit 1960 mehrmals Koliken, Laborbefunde normal. Cholangiographie eine etwa 1 cm im Durchmesser betragende Kontrastmittelaussparung.	29. 8. 67 Op. Situation: Choledochus stark erweitert, Solitärstein. Papilla zeigte sich bei der Sondierung stenosierte, Papilla nur schlecht aufzubougieren. Therapie: Entfernung des Steines. Anlegen einer Choledochoduodenostomie.	Postoperativ gut.

N A M E	Art und Indikation zum Ersteintritt	Zeitraum Erst-Zweit-eingriff	Indikation zum Zweit-eingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei der Operation	R E S U L T A T
Lenuweit Hilde 22.2.00	1956 Cholecystektomie wegen Cholelithiasis	9 Jahre	1965 Koliken mit Ikterus. Seither häufig Koliken R8.: Verbreiterung des Cholelithus.	13.9.65 Op: Situation: Cholelithus daumen- dick. Gallengang gut sondier- bar, ohne Hindernis ins Duo- denum. Konkremente. Chole- dochoskopie: unauffällig. Therapie: Entfernung der 2 Steine. Anlegen einer Chole- docho-duodenostomie.	Postoperativ gut
Weidenstein Anna 6.10.10	1955 Cholecystektomie wegen Cholelithiasis	12 Jahre	Seit Sept. 66 Koliken i.V. Cholangiogramm: stenosierende Papillitis mit starker Dilatation der Gallenwege. Fragliche Cholelithiasis.	3.2.67 Op: Situation: Cholelithus daumen- dick. Bei intraop. Cholangio- manometrie passierte das Kontrastmittel nur bei hohem Druck die Papilla. Cholangiographie: kein stein- verdachtiger Schatten. Bei Palpation und Bougierung er- hebliche Stenose. Therapie: breite Cholelitho- duodenostomie	Postoperativ gut
Köhn Karlheinz 10.7.20	19.1.61 Cholelithiasis cystektomie und Einlegen eines Drains.	2 1/2 Mo- nate	Verdacht auf Verschluss- ikterus	4.4.61 Op: Situation: Abszesshöhle mit Anschluss am Gallenwege Therapie: Säuberung der Abszesshöhle und Whippel- drainage	Postoperativ gut

N A M E	Art und Indikation zum Ersteingriff	Zeitraum Erst-Zweit-eingriff	Indikation zum Zweit-eingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei Operation	R E S U L T A T
Meinhard Johanna 15.2.10	1952 Cholezystektomie wegen Cholelithiasis.	15 Jahre	7. 12. 67 Oberbauchbeschwerden Bilirubin 1,48 mg%, Alkal. Phosphatase 41 m U. Cholangiographie: Verdacht auf Cholelithiasis auf Cholelithiasis-konkremente.	13. 12. 67 Op. Situation: Ductus Choledochus fingerdick vergrößert. Vor der Papilla ist ein kleiner Tumor zu tasten. Cholelithiasis zeigt keine weiteren Hinweise auf Konkreme. Der Choledochus ist insbes. im präpapillären Bereich schwer verändert, im Sinne einer chronischen Cholangitis. Therapie: Entfernung des präpapillären Steines. Anlegen einer Seit-zu-Seit Choledochoduodenostomie.	Postoperativ: gut.
Wolf Emma 28.6.02	1952 Cholezystektomie.	35 Jahre	Seit 32 Jahren rezidivierende kolikartige Schmerzen im rechten Oberbauch und Ikterus.	10. 7. 67 Op. Situation: Stark erweiterte Choledochus, in dem mehrere kirschkerngroße Steine vorhanden waren Therapie: Entfernung der Konkreme. Anlegen einer Choledochoduodenostomie.	Am. 7. operativen Tag verspürte die Patientin starke Schmerzen im Thorax Am 19.8.67 verstarb die Patientin. Sektion: Hauptleiden Chronische Cholangitis mit akuter Cholestase. Beginnender cirrhotischer Umbau. Faustgroßer Abszeß im ehemaligen Gallenblasenbereich. Erbsen- großer Solitärstein im jedoch passagierfreien Ductus Choledochus. Todesursache: Massive Lungenembolie.

N A M E	Art und Indikation zum Ersteintrag	Zeitraum Erst- Zweit- eingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei Operation	R E S U L T A T
Arnold Maria 13.4.10	6.4.66 Cholezystektomie wegen Cholelithiasis.	2 Jahre	Seit Anfang 1968 Koliken, Verdacht auf eine Stenose der Papilla.	2. 4. 68 Op. Situation: Choledochus stark gestaut. Sondierung der Papilla. Vorliegen einer Papillenstenose. Therapie: Aufbougieieren der Stenose und Anlegen einer Choledochoduodenostomie.	Postoperativ entwickelte sich entlang der Tenrose Drainage eine Gallenfistel. 9. Postoperativer Tag: Spaltung des Mundrandes. 19.4.68 Herzstillstand. Sektion: Die Todesursache war akute Insuffizienz des rechten Herzens bei multiplen Lungenembolien.
Brand Matthias 10.12.01	1966 Cholezystektomie wegen Cholelithiasis.	2 Jahre	Seit Juni 68 Koliken. Verdacht auf Konkremente im Choledochus.	5. 8. 68 Op. Situation: Intraoperative Cholangiographie: Papilla Vateri stellte sich auch nach mehrmaliger Aufbougieierung nicht dar. Intraoperatives Kontrastmittel zeigte ansonsten zarte Gallenwege. Therapie: Duodenostomie: Papilla Vateri zeigte keine pathol. Veränderungen.	Postoperativ erholte sich der Patient gut.
Hablawetz Johann 17.10.09	1967 Cholezystektomie wegen Cholelithiasis.	1 Jahr	Postoperative rezidivierende Koliken. Verdacht auf Abflüßhinderis im Ductus Choledochus.	12. 7. 68 Op. Situation: Choledochus armdick erweitert, Konkemente, Papilla läßt sich gut aufbougieieren, markige Veränderungen am Gangsystem deutliche Cholangitis. Therapie: Anlegen einer breiten Choledochoduodenostomie.	Postoperativ erholte sich der Patient gut. 16.10.68 Herzinfarkt, Verlegung des Patienten.

N A M E	Art und Indikation zum Ersteingriff	Zeitraum Erst-Zweit-eingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei Operation	R E S U L T A T
Leuschner Helga 5.5.33	1960 Cholezystektomie wegen Cholelithiasis	I. Intervall 5 Jahre II. Intervall 2 Jahre	Postoperativ Ikterus + Ko-likken Indikation zum Dritteingriff: Mai 1967 Koliken 3.11.67 Cholangiographie erbrachte Verdacht auf Papillensteinose, evtl. kleine Konkremente.	1963 Revision. Situation: Choledochusstein Therapie: Entfernung des Steines. Papillensprengung. 13.11.67 Op: Situation: Choledochus stark fingerdick erweitert. Choledochoskopisch keine Engstelle zu erkennen. Papilla ist nicht zu übersehen, daher Duodenostomie, hier ebenfalls keine Engstelle. Therapie: Anlegens einer Cholechooduodenostomie.	Postoperativ gut
Neubeck Paula 21.12.03	1962 Cholecystektomie wegen Cholangitis und Cholelithiasis.	3 Jahre	Koliken. Leib stark gebläht i.V. Cholangiographie: Ch. erweitert.	10.3.65 Op: Situation: Choledochus stark erweitert, 2 Choledochussteine Intraoperative Cholangiographie + Choledochoskopie ergab keinen weiteren Anhalt für das Vorhandensein weiterer Steine Therapie: Ausräumung der zwei Steine.	Patient erholte sich postoperativ gut
Illtmeier Otto 13.1.14	2.2.65 Cholezystektomie wegen Cholelithiasis + Cholangitis und pervertierter Gallenblase	3 Monate	Postoperativ Schmerzen und seit Mitte März leichter Ikterus. 20.4.65 Bilirubin 8,1 mg%	Mai 65 Op: Situation: Leber gelb bis grün verfärbt. Choledochus arm dick, kein Hinweis auf Konkrement. Choledochus 0,5cm proximal der Papilla narbig eingengt. Therapie: Duodenostomie: Papilla unauffällig. Aufboungierung. Cholechooduodenostomie.	In der zweiten postoperativen Woche verstärkte sich der Ikterus auf 17,6 mg%. <u>2.6.65 2,8 mg%</u>

N A M E	Art und Indikation zum Ersteingriff	Zeitraum Erst-Zweit-eingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei der Operation	R E S U L T A T
Knorr Hans 3.4.10	26.1.65 Cholezystektomie wegen Cholelithiasis mit postop. Narbenbruch	1 Jahr	Postop. traten ikterische Schübe auf. Bilirubin 11,3 mg% Alkal. Phosphatase 23,4	26.1.66 Op: Situation: Distaler Chole- dochus normal dick. Im Be- reich unterhalb des Hepaticus Comunis befanden sich mehrere Umstechungsstellen mit Fäden im Choledochus, so daß eine starke Überblähung des Kon- fluenz beider Hepatici vorlag. Beide Hepatici auf finger- dicke angeschwollen. Therapie: Stenose ließ sich nicht beseitigen. Hepatico- duodenostomie.	Postoperativ gut
Überhack Cäcilie 23.6.11	1953 Cholezystek- tomie wegen Chole- lithiasis	12 Jahre	Seit 3 Jahren erneut kolik- artige Ober- bauchbeschwer- den. Rö.: Daumen- dicker Ductus choleodochus nachweisbar	5.10.65 Excision der alten Narbe. Verwachsungsblöcken. Ductus choledochus erheblich gestaut. Papilla Vateri nicht sondierbar. Keine Steine nach- weisbar. Nach Eröffnung des Duodenum war die narbig ver- dickte Papille gut einzusehen. Es wurde eine Choledochodu- denostomie vorgenommen.	Die Patientin er- holte sich post- operativ gut. Am 13. postoperat. Tag stellte sich bei der Barium- kontrastabreinin- nahme die Chole- dochoduodenostomie gut dar.
Frank Laura 23.3.11	1953 Cholezystek- tomie wegen Cho- langitis u. Cholelithiasis.	2 Jahre	seit 4 Wochen Ikterus u. Koliken	3.9.65 Op: Situation: Ch. daumendick. Cystikusstumpf rel. lang. Ch. stein. Therapie: Steinentfernung, Cystikusstumpfresektion, Gallenwegspülung, Ch.-Duodenost- mie, Drainage.	Postoperativ er- holte sich der Patient sehr gut.

N A M E	Art und Indikation zum Ersteingriff	Zeitraum Erst- Zweit- eingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweiteingriffes-Situation bei Operation	R E S U L T A T
Menzel Richard 30.7.19	August 68 Chole- dochostomie	1 Monat	seit 23. 7. 68 Koliken und Fieber. Bildung einer Gallen- fistel.	2. 9. 68 Op. Situation: Geschrunpft Gallen- blase ohne Konkreme. Intra- operative Cholangiomanometrie ergab normale Druckverhältnisse, Cholangiographie zeigte ungehin- dertes Abfließen ins Duodenum. Therapie: Extirpation des Fistelganges.	Postoperativ gut
Beyer Friedrich 11.3.04	1957 Cholezystek- tomie wegen Chole- lithiasis.	8 Jahre	seit 15.3.65 Verschlußikterus Serumbilirubin 14,5 mg %.	2. 4. 65 Op. Situation: Choledochus armdick erweitert vollgestopft mit Kon- krementen, Cystikusstumpf etwas zu lang, derselbige mit einem pflaumengroßen Konkrement ange- füllt. Therapie: Entfernung der Konkre- mente. Spülung. Resektion des Cystikusstumpfes, breite Seit- zu-Seitcholedochoduodenostomie.	Postoperativ sehr gut. Der Ikterus klang langsam ab; bei Entlassung Bili- rubin 3,9 mg%. Weitere klinische Untersuchung er- gab die Diagnose einer biliären Lebercirrhose.
Grieshammer Christian 25.6.28	1964 Cholezystek- tomie wegen Chole- lithiasis.	2 Jahre	4 Wochen nach der Cholezystek- tomie Koliken im Oberbauch. Kein Ikterus. Cholan- giogramm: kleine rundliche Kon- trastmittelaus- sparungen.	28. 10.66 Op. Situation: Cystikusstumpf etwas zu lang. Intraoperative Cholan- giographie ergab keinerlei Hin- weise auf Steine. Papille ließ sich nicht ausdehnen. Sie war derb induriert, was wahrschein- lich die Ursache für die Be- schwerden war. Therapie: Choledochoduodenosto- mie.	Postoperativ gut

N A M E	Art und Indikation zum Ersteingriff	Zeitraum Erst- Zweit- eingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei Operation	R E S U L T A T
Kraus Margot 19.3.29	1966 Cholezystektomie - T-Drainage	2 Jahre	Postoperativ trat Ikterus auf, der nicht mehr zurückging. Cholangiographie: Intrahepatische Gallengänge maximal erweitert. Im rechten Hepaticus vollständiger Verschuß.	8. 7. 68 Op. Situation: Rechter Hepaticus stenosierte. Therapie: Stenosenentfernung Anlegen eines YT-Drains.	Postoperativ gut
Otterbach Erich 21.1.29	1963 Cholezystektomie	5 Jahre	seit 1967 Oberbauchkoliken.	8. 8. 68 Op. Situation: Massige Verwachsung, Pankreaszyste. Therapie: Eröffnung des Duodenums, Aufbougierung der Papille. Pankreaszystogastrostomie.	Postoperativ gut.
Richterberg Willi 19.9.11	16. 7. 68 Cholezystektomie wegen Cholelithiasis. Papillenaufschneidung Cholechochoskopie. Intraoperative Cholangiographie. Einlegen einer Kehr'schen T-Drainage	10 Tage	23.7.68 entfernte der Patient den Drain. Anschließend entstand eine gallige Peritonitis.	26. 7. 68 Op. Situation: ausgedehnte gallige Peritonitis, ausgehend von der Drainagestelle am Ductus Choledochus.	29.7.68 verstorben, durch toxisches Herz-Kreislaufversagen bei schwerem Ikterus, Pankreatitis, gallige Peritonitis.

N A M E	Art und Indikation zum Ersteingriff	Zeitraum Erst-Zweiteingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei Operation	R E S U L T A T
Chwalek Gerhard 9.7.24	1962 Cholezystektomie wegen Cholelithiasis.	6 Jahre	9.1.68 Ikterus, Koliken. alkal. Phosphatase 8,4 mg %, Bilirubin 4,9 mg %.	19. 2. 68 Op. Situation: Intraoperative Cholangiographie: normaler Druck von 6 cm HgO. Papille etwas eng. Therapie: Papilla mit Bombinen aufgeweitet.	Am 8. bis 12. Tag Komplikation durch Fieber. Erneute Wundrevision: kein größerer Eiterherd. Danach hatte sich der Patient gut erholt.
Falk Ludwig 29.2.32	1962 Cholezystektomie wegen Cholelithiasis.	6 Jahre	seit Anfang 68 Koliken.	27. 5. 68 Op. Situation: Vernarbung im Oberbauch. Duodenum postpylorisch 2-3 cm ausgezogen und im Leberbett verankert. Therapie: Verwachsungsloosungen.	Postoperativ gut
Schörner Johanna 27.5.17	22.5.68 Cholezystektomie wegen Cholelithiasis. Einlegen eines T-Halbrohr-Drains.	2 Wochen		6. 6. 68 Op. Situation: Nekrose am rechten Hepaticus durch den T-Drain, so, daß Insuffizienz. Therapie: Rekonstruktion des rechten Hepaticus. Anlegen eines neuen T-Drains.	Postoperativ gut 17.12.68 Entfernung der T-Drainage.
Kluge Irmgard 3.5.25	1966 Cholezystektomie.	2 Jahre	Rezidivierende Koliken und Ikterus Bilirubin 3,4 mg%. Alkal. Phosphatase 152.	26. 6. 68 Op. Situation: Choledochus als Cyste ballonartig aufgetrieben, mit Konkrementen gefüllt. Nach distal nicht sondierbar. Therapie: Entfernung der Konkremente, Seit-zu-Seit-Anastomose zwischen Choledochus und Duodenum.	Postoperativ gut.

N A M E	Art und Indikation zum Ersteingriff	Zeitraum Erst- Zweit- eingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei Operation	R E S U L T A T
Häuser Annemarie 11.4.00	1956 Cholezystektomie wegen Cholelithiasis.	12 Jahre	seit Sept. 67 Schüttelfrost und Koliken.	5. 2. 68 Op. Situation: Choledochus daumen- dick erweitert, Choledochusstei- ne. Therapie: Spülung des Choledochus Entfernung der Steine, Verschluss des Choledochus.	Postoperativ gut
Zeugner Frieda	1946 Cholezystek- tomie.	22 Jahre	seit 1966 Koli- ken i.V. Cholangio- gramm ergab Konkremente im Choledochus. Subikturnus.	25. 4. 68 Op. Situation: Choledochus 3 cm im Durchmesser, 2 Steine. Therapie: Spülung, Entfernung der Steine, Papille mit Bom- binen steigendem Durchmesser erweitert. Choledochus primär verschlossen.	Postoperativ gut
Heinzl Theresia 31.12.15	12.2.68 wegen Ver- schluckstrikterus ope- riert: Situation: Leber vergrößert, Gallen- blase und extrahe- patische Gänge ex- trem gestaut. Im Bereich der Papille Kindskopfgroßes Infiltrat. Pallia- tivmaßnahme: Cholezystektomie T-Drainage im Choledochus, Auf- bougieung der Papille. Histol. keine sichere Diagnose.	1 Monat	Verdacht auf Neo- plasma an der Papille.	14. 3. 68 Op. Situation: Stenosierender Pro- zess im Bereich des distalen Cho- ledochus. Probeexcision: unspez. Granu- lationsgewebe. Therapie: trotzdem Whipple'sche Operation: 3/4 Magen, gesamtes Duodenum, Pankreaskopf, distaler Choledochus + Mobilisation der aufführenden Jejunalschlinge E.z. S. Choledochojunostomie. E.z.S. Gastrojejunostomie.	Postoperativ er- holte sich Patien- tin gut. 13.4.68 entl. Der histologische Feinschnitt ergab ein Adeno-Papillä- res Ca des pa- pillennahen Pan- kreas, ausgehend von der Papilla Vateri.

N A M E	Art und Indikation zum Ersteingriff	Zeitraum Erst- Zweit- eingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei Operation	R E S U L T A T
Pop Hermann 11.4.21	1949 Cholezystektomie.	7 Jahre	Koliken + Schüttelfrost.	März 56 Revision Situation: Choleddochus etwas erweitert. Im Papillenbereich ist der Choleddochus etwas verengt. Therapie: Papillenbougieung. Choleddochoduodenostomie. Postoperativ ein Jahr beschwerdefrei.	Postoperativ: Komplikationslos. Der Patient gab an, seit 1957 in Abständen den Koliken und Schüttelfrost zu haben. 6.6.61 klinische Untersuchung. Leberfunktionsproben normal. Kein klinischer Anhaltspunkt für Abflußhindernis der Gallengänge (Patient befand sich im Strafvollzug). Entlassen.
Grüner Niklas 29.5.23	5.12.66 Cholezystojejunostomie nach Billroth II	1 Jahr	Verschlußikterus	29.1.68 Op. Situation: Die Cholezystojejunostomie war hochgradig vernarbt. Die intraoperative Röntgen-Darstellung der Gallenwege ergab kompletten Verschuß des Choleddochus. Therapie: Resektion der Anstomose, Cholezystektomie, End-zu-Seit-Jejunocholeddochostomie mit einer ausgeschalteten Roux'schen Schlinge.	Postoperativ: gut.

N A M	Art und Indikation zum Ersteintritt	Zeitraum Erst-Zweit-eingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei Operation	U E S U L T A T
Schick Kunigunde 7.1.62	1951 Cholezystektomie.	I. Intervall: 2 Jahre II. Intervall: 7 Jahre III. Intervall: 4 Jahre.	Ikterus. Indikation zum Dritteingriff: Intermittieren der Ikterus. Indikation zum Vierteingriff: Seit Anfang Dez. 63 Ikterus.	1952 Revision; Anlegen einer Choledochusplastik. 21. 2. 69 op. Situation: Vorübergehende Veränderung der Gallengänge und cholangitische Cirrhose. Therapie: End-zu-End-Hepaticocholedochostomose + T-Drain. Anschließend Ikterus. 20.6.61 Verdacht auf Inkrustierung im Drain. Therapie: Ziehung des Drains, der völlig obliteriert war. Darauf beschwerdefrei. 9.1.64 op. Situation: Vor der Wundheftung den Choledochus, aber durch das wegschneidende gesteckt. Gallenstein im Ducti Hepatici. Therapie: Entfernung der Konkremente, Drainage, Cholecholeostomie. Anlegen eines permanenten T-Drains. Postoperativ erst erhebliche Schmerzen, die abgeklungen sind.	Postoperativ: Sehr gut.
Feyer Berta 19.11.70	Seit 1945 Ikterus. 22.12.22 Cholelithectomie wegen gedeuteter Gallenblasenperforation.	I. Intervall: 2 Monate II. Intervall: 3 Jahre.	Verschlussikterus. Ikterus. 7. 2. 57 op. Situation: Gallenblase war stark vergrößert, cholelithotisch verändert. Therapie: Cholezystektomie.	Die Patientin klagte über Schmerzen im rechten Oberbauch. 1966 über Koliken in der rechten Seite. Die klinischen Untersuchungen ergaben aber keinerlei Befunde für den Verschluss der Gallenwege.	

N A N E	Art und Indikation zum Ersteingriff	Zeitraum Erst- Zweit- eingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei Operation	R E S U L T A T
Rummelein Margarethe 24.7.31	1959 Cholezystektomie.	I. Intervall: 4 Jahre II. Intervall: 6 Jahre.	Indik.z. Dritteingriff: Verdacht auf Cholelithiasis, mehrmals Ikterus.	1963 Cholelithiastomie wegen Cholelithiasis. 11. 6. 69 Op. Situation: Cholelithiasis daumen- dick erweitert. Zahlreiche Konkrementen in intra und extrahepatischen Gängen. Stein in Papille. Die Cholelithiastomie ist sehr eng angelegt. Therapie: Entfernung der Konkremente + Spülung. Erweiterung der Cholelithiastomie auf 2 cm.	Postoperativ gut.

N A M E	Art und Indikation zum Ersteingriff	Zeitraum Erst- Zweit eingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei Operation	R E S U L T A T
Gräsel Erika 10.9.27	April 1960 Cholezystektomie.	I. Intervall 5 Monate II. Intervall: 10 Monate III. Intervall: 12 Tage	Verschluß-Ikterus. Indikation zum <u>Dritteingriff</u> : Verschluß-Ikterus. 12.1.61 Leberfunktion: Besinnende Biliäre Lebercirrhose.	Sept. 1960 Revision wegen Ikterus. Anlegen eines T-Drains. 4.3.61 Entfernung der T-Drainage. 5.7.61 Op. Situation: Das gesamte Ligamentumhepatooduodenale ist zu einem Gewebsblock verbacken. Therapie: Freipräparation der beiden Hepatici und Darstellung des distalen Choledochus. Vereinigung der Choledochusstümpfe + T-Drainage.	Postoperativ kam es durch Sickerblutungen aus den zahlreichen alten Adhäsionen zu Blutansammlung in der Bauchhöhle + gallige Peritonitis. 17.7.61: Nochmals Revision. Einlegen eines Drains. 28.7.61 verstarb die Patientin. Sektion: Hauptleiden: Verschlaußikterus Todesursache: eitrig-gallige Peritonitis.
Rascher Maria 10.9.35	Juni 1959 Cholezystektomie in Sydney.	I. Intervall: 1 Monat II. Intervall: 4 Monate. III. Intervall: 20 Monate IV. Intervall: 10. Tage.	Ikterus Indikation zum <u>Dritteingriff</u> : Ikterus. Indikation zum <u>Vierteingriff</u> : Seit Dez.60 erneut Ikterus Serumbilirubin 18 mg%.	Juli 1959 Relaparotomie Situation: Es gelingt nicht den Choledochus oder die Hepatici darzustellen. August 59 Op. 1.2.61 Op. Situation: Ausgedehnte Verwachsungen. Es gelingt nicht einen Gallengang darzustellen. Wegen Blutungen Abbruch der Operation. Postoperativ Blutung. <u>Nochmals Revision.</u>	5. Postoperativer Tag. Septische Temperaturen. 24.3.61 Exitus Sektion: Hauptleiden: Mechanischer Ikterus nach Gallengangsumtersuchung. Todesursache: Leberinsuffizienz bei Leberdystrophie.

N A M E	Art und Indikation zum Ersteingriff	Zeitraum Erst-Zweiteingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei Operation	R E S U L T A T
Strobbach Franz 1.4.21	20.7.51 Cholezystektomie wegen Cholelithiasis. Wegen einer Blutung aus der Arteria cystica Versorgung derselben mit Umstechung, Gummiröhr und Streifen ins Foramen Winslowi.	I. Inter-vall: 8 Jahre II. Inter-vall: 2 Jahre	Ikterus.	3. 5. 59 Choledochusrevision Situation: Entzündliches Infiltrat im Bereich des Ductus Hepaticus. An dieser Stelle einige Seidenligaturen, die zur Blutstillung gesetzt worden waren. Eine Hepaticuswand nahe der Ligatur hat durch gleichzeitige entzündliche Reaktionen zur Abknickung des Gallenganges geführt und diesen völlig obturiert. Therapie: Lösung der Ligatur und Streckung des Gallenganges. Explorierung der Hepaticusgänge und des Choledochus. Nelatonkatheter in den Hepaticus Leberwärts geführt. 21. 4. 61 Op. Situation: Typische Hepaticoduodenostomie, aber narbig stark geschrumpft. Therapie: Hepaticocholedochostomie, T-Drain.	Postoperativ gut Nachuntersuchungen vom 21. 7. 61 11. 9. 61 26. 4. 62 verliefen befriedigend.
Netardus Nicolai 31.10.20	9.1.59 Cholezystektomie.	2 Jahre	Verschlußikterus	22. 2. 61 Op. Situation: Choledochus unauffällig, der aber durch einen stark angeschwollenen Choledochusdrüse eingeeengt war. Keine Strikturen der Gallengänge. Rö.: ergab regelrechte Darstellung der Gallengänge. Therapie: Einlegung eines T-Drains + Leber TE Histol.: Cholangiolitis.	Postoperativ: Komplikationslos. Normale Cholangiomanometrie über den T-Drain.

N A M E	Art und Indikation zum Ersteingriff	Zeitraum Erst- Zweit- eingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei Operation	R E S U L T A T
Feist Herbert 23.8.09	27.3.57 Cholezystektomie wegen Cholelithiasis.	5 Jahre	Seit August 62 Koliken und Ikterus.	6. 2. 62 Op. Situation: Im linken Hepaticus pflaumgroße Konkremente, tauben-eigroßer Abszeß in der Bifurkatio, erhebliche Zerstörung der Gallenwege. Therapie: Entfernung der Konkremente. Absaugen des Abszesses. Cholangioskopie. T-Drainage.	Postoperativ: Komplikationslos.
Zappe Lucie 15.3.16	1959 Cholezystektomie.	2 Jahre	1961 Blähungen. Zufallsbefund: Steine im Chole- dochus.	26. 6. 61 Op. Situation: Choledochus normal groß. Zwei Konkremente. Papilla ließ sich nur mit kleinen Sonden sondieren. Therapie: Entfernung der Konkremente. Choledochoduodenostomie.	Postoperativ: Komplikationslos.
Schlichen- meier Else 1.6.25	Juni 1959 Cholezystektomie.	I. Inter- vall: 3 Monate II. Inter- vall: 2 Jahre.	Ikterus.	Sept. 1959 Choledochoduodenostomie. 18. 10. 61 Op. Situation: Das Duodenum war stark an die Leberpforte herangezogen. Unterbrechung des Gallenwegsystems durch narbige Stränge, knapp proximal d. Duod. Cysticuseinmündung. Therapie: Über eine T-Drain End-zu-End-Anastomose des Chole- dochus.	Postoperativ: Komplikationslos. 4.5.61 Entfernung des T-Drains.

N A M E	Art und Indikation zum Ersteingriff	Zeitraum Erst-Zweiteingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei Operation	R E S U L T A T
Hubenik Klara	23. 3. 62 Cholezystektomie.	I. Inter- vall: 3 Monate II. Inter- vall: 15 Monate.	Juli 62 Ikterus.	22. 6. 62 Op. Situation: Hinter dem Ligamentum Hepatoduodenale befand sich ein derbes Schwielenewebe, in dem kein Choledochus zu finden war. In der Leberpforte befand sich eine Zyste. Von dieser Zyste konnte man durch die Leberkapsel hindurch einen größeren - Gallengang darstellen. Therapie: Anastomose zwischen Duodenum und diesem größeren Gallengang mit einem T-Drain. Histologische Untersuchung des Schwielengewebes ergab empfindliche Narbenwucherung. Postoperativ trat bei der Patientin leichter Ikterus auf, der nicht abklang. 24. 9. 63 Relaparotomie Situation: Tumor im Bereich der Leberpforte mannsfaustgroß. P.E. aus dieser Tumorplatte ergab verschleimendes Adeno-Carcinom. Die vor einem Jahr angelegte Hepatico-Duodenostomie war durch den Tumor sehr eingengt worden. Therapie: Bougierung der Anastomose, Einlegen eines T-Drains, das durch das Duodenum an der lateralen Bauchwand herausgeführt wurde.	Zunächst erholte sich die Patientin postoperativ sehr gut. Im April 1965 verstarb die Patientin. Sektion: kein Ca.

N A M E	Art und Indikation zum Ersteingriff	Zeitraum Erst-Zweit-eingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweitein-griffes - Situation bei Operation	R E S U L T A T
Pißelmann Johanna 18.11.03	April 1962 Chole- zystektomie wegen Cholelithiasis.	3 Monate	Postoperativ: erneut Koliken Icterus. Gesamt- bilirubin 7,5 mg %. Alkal.Phosphata- se 19,7 Rö.: negativ.	18. 7. 1962 Op. Situation: Leberoberfläche ge- ring grieselig gekörnt, im Sinne subakuter bis chronischer Hepar- titis, was auch histologisch ge- sichert wurde. Choledochus etwas gestaut. Intra- op. Cholangiographie: Papilla nur geringfügig durchgängig. Choledochoskopie: Papilla stark narbig verändert. Therapie: Versuch einer Bougie- rung, jedoch ohne Effekte. Anle- gung einer Choledochoduodenosto- mie.	Postoperativ: Komplikationslos.
Sukowski Emil 13.2.04	15. 2. 62 Chole- zystektomie.	6 Monate.	Mai 62 Icterus. 29. 2. 62 Bili- rubin 9,2 mg %. Alkal. Phospha- tase 11. Rö.: negativ.	20. 8. 62 Op. Situation: Narbige Einengung der Gallengänge im Confluenzbereich. Choledochus leicht geschrumpft, aber durchgängig bis ins Duode- num, wie das intraoperative Cho- langiogramm bewies. Druckwerte erhöht. Keine Konkrement. Therapie: Spülung der Gallengän- ge. Drainage vom Choledochus, nach proximal mit Schienen in rechten und linken Hepaticus und nach distal im Choledochus.	Postoperativ: Komplikationslos.

N A M E	Art und Indikation zum Ersteinriff	Zeitraum Erst- Zweit- eingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei Operation	R E S U L T A T
Bayer Erna 6.10.15	1950 Cholezystektomie wegen Cholelithiasis.	13 Jahre	1960 Koliken Rö.: Cholelith stark erweitert, zwei Konkremente.	22. 3. 63 Op. Situation: Cholelith stark erweitert, Konkrement. Therapie: Entfernung der Konkreme- mente, Cholelithotomie, da der Cholelith nach Distal hin verengt war, was sich bei der Bougierung zeigte.	Postoperativ: Komplikationslos.
Adam Anna 10.5.06	1961 Cholezystektomie.	1 Jahr	Seit der Operation Schüttelfröste. Rö.: erbrachte keine Anfärbung des Gallengangs- systems.	16. 3. 62 Op. Situation: Cholelith narbig verengt. Makroskopisch war keine Verbindung zwischen dem Leberhilus und dem Duodenum feststellbar, trotzdem mußte eine Verbindung vorhanden gewesen sein, da die Patientin keine acholischen Stühle hatte. Therapie: T-Drainage.	Postoperativ: Komplikationslos.
Zenker Wilhelm 30.4.94	1960 Cholezystektomie.	1 Jahr	Postoperativ: Schüttelfröste in größeren Intervallen. Seit kurzem Ikterus. Bilirubin 4,5mg % alkal.Phosphatase 13,6. Leberfunktionsproben zeigten pathol. Werte.	18. 2. 61 Op. Situation: Cholelith hochgradig gestaut, an der Papilla ein großer Stein, Leber cirrhotisch verändert. Cholelithotomie. Therapie: Bei der Steinentfernung zerbrach dieser, daher Anlegen einer breiten Cholelithotomie.	Postoperativ: Komplikationslos.

N A M E	Art und Indikation zum Ersteingriff	Zeitraum Erst- Zweit- eingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei Operation	R E S U L T A T
Bucher Susanne 4.9.05	1932 Cholezystektomie wegen Cholelithiasis.	31 Jahre	Seit 1961 Kolidochus erweitert und Konkremente.	25. 6. 63 Op. Situation: Papilla einwandfrei durchgängig. Konkremente. Therapie: Entfernung der Konkremente. Anlegen einer Choleldochoduodenostomie.	Postoperativ: Komplikationslos.
Schuster Elsa 6.3.26	Mai 1962 Cholezystektomie + Choleldochoduodenostomie wegen Cholelithiasis.	1 Jahr	Seit der Operation leichter Ikterus, keine Kolliken.	5. 6. 63 Op. Situation: Die ursprünglich angelegte Choleldochoduodenostomie war praktisch nicht durchgängig. Konkremente im Choleldochus. In einer seitlichen Tasche dicht bei der Papilla ein haselnußgroßer Stein. Therapie: Entfernung der Konkremente, anlegen einer Choleldochoduodenostomie.	Postoperativ: Komplikationslos.
Schaaf Brunhilde 5.2.24	1952 Cholezystektomie + Choleldochoduodenostomie.	11 Jahre	Postoperativ immer wieder rezidivierende ikterische Schübe. Rö.: Choleldochus hochgradig verlagert mit spitzwinkliger Abknickung.	8. 5. 63 Op. Situation: Choleldochus zwischen Konfluenz der Hepatici und der ehemaligen Einmündungsstelle des Zysticus narbig völlig obliteriert. Der Gallenabfluß konnte nur über eine Fistel ins Duodenum erfolgen, welche ehemals eine Choleldochoduodenostomie darstellte. Therapie: Anlegen einer End-zu-End-Anastomose zwischen distalen Choleldochus und der Konfluenz der beiden Hepatici. Anlegung eines Gummi-T-Drains in den dist. Choleldochus.	Postoperativ: Komplikationslos. 28. Feb. 64 Entfernung des T-Drains, da ikterische Schübe auftraten. Der T-Drain war völlig inkrustiert. Weitere Entwicklung komplikationslos. Nachuntersuchung 1966 o. B.

N A M E	Art und Indikation zum Erstein- griff	Zeitraum Erst-Zweit- eingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweitein- griffes - Situation bei Operation	R E S U L T A T
Vogt Hildegard 27.9.05	1949 Cholezystekto- mie.	14 Jahre.	Postoperativ: häufig Koliken.	9. 7. 63 Op. Situation: Komplette Stenose im Bereich der Papilla. Therapie: Eröffnung des Duode- num's; Spaltung der Papilla, Spitze mit der Duodenalschleim- haut vernäht, danach war die Cho- ledochusmündung bis zur Sonden- größe 7 frei passierbar.	Postoperativ: Komplikationslos.
Kon Josef 19.3.19	1959 Cholezystekto- mie wegen Choleli- thiasis.	4 Jahre.	Postoperativ: häufig Koliken und Ikterus.	3. 7. 63 Op. Situation: Die beiden Ducti Hepa- tici waren an ihrer Konfluenz mit dem Duodenum anastomosiert. Die Anastomose war gerade noch stricknadel dick durchgängig. Der Choledochus war an der Einmün- dungsstelle des ehemaligen Ductus Zysticus durchtrennt. Der Proxi- male Anteil war narbig völlig ob- literiert. Im distalen Choledo- chus befanden sich Kombinations- steine. Im linken Ductus Hepati- cus befanden sich eine Endopro- these, die völlig in Konkrementen eingebettet war. Rechter Ductus Hepaticus mit Konkrementen ange- füllt. Therapie: Entfernung der Steine und Bougierung der Papilla, Cho- ledochoskopie ergab völlig freie Passage ins Duodenum. Anlegung einer spannungsfreien Anastomose zwischen distalen Choledochus u. Ductus Hepatici. T-Drainage. Cholangiomanometrie normal.	Postoperativ: Komplikationslos. Juli 64 Entfernung des T-Drains, an- schließend Ausbil- dung eines Abszes- ses mit Ikterus. Der Abszeß ent- leerte sich spon- tan. Der Ikterus ging unter konser- vativer Behand- lung zurück.

N A M E	Art und Indikation zum Ersteingriff	Zeitraum Erst-Zweit-eingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei Operation	R E S U L T A T
Rosner Gerlinde 28.7.57	23.10.64 in Lebensbedrohlichem Zustand Operation wegen einer Cholelithiasis, die wahrscheinlich angeboren war. Therapie: Drainage der Zyste.	6 Tage		22.10.64 Relaparotomie Situation: Zystischer Hohlraum im Oberbauch, retroperitoneal. In der etwa 10 cm langen Incision an der Zystenvorderwand war eine Kontinuitätsdurchtrennung der pars inferior der Duodenalschleife, beide Duodenalstümpfe lagen an der großen Zyste frei. Es bestand eine Distanz der Duodenalstümpfe von etwa 5 cm. Therapie: Zur Ableitung der grossen Cholelithiasis wurde als innere Drainage eine Seit-zu-Seit-Anastomose zwischen dem oberen Jejunum und der 10 cm langen Incision an der Zystenwand vorgenommen. Magen nach Billroth II-Reseziert.	Postoperativ: Komplikationslos.
Steinhard Regina 23.6.99	5.1.1961 Cholezystektomie wegen Cholelithiasis. Da der Cholelithiasis aufgestaut war, wurde damals ein Kehrscher T-Drain eingelegt.	2 1/2 Jahre	Postoperativ: Immer wieder ikterische Schübe. Serumbilirubin 22,1 mg %.	12.8.1963 Op. Situation: Papilla ließ sich mühelos mit Sonden bis 6 sondieren. Darstellung der Intrahepatischen Gallenwege zeigte, daß diese etwas verengt waren. Keine Konkremente. Therapie: Einlegen eines T-Drains.	Postoperativ: Komplikationslos.

N A M E	Art und Indikation zum Ersteingriff	Zeitraum Erst- Zweit- eingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei Operation	R E S U L T A T
Steimar Julius 2.8.04	1960 Cholezystektomie wegen Cholelithiasis.	4 Jahre	Seit 1962 intermittierende Fieberschübe.	7. 10. 64 Op. Situation: Vorliegen eines etwa 4 cm langen Cysticusstumpfes, welcher verdickt war und im Sinne einer Ersatzgallenblase die Beschwerden des Patienten hervorgerufen hat. Therapie: Resektion des Cysticusstumpfes.	Postoperativ: Komplikationslos.
Drechsel Maria 15.12.21	1959 Cholezystektomie.	5 Jahre	Seit Jan. 64 Kolliken + Ikterus. Gesamtbilirubin 3,9 mg%. Röntgenologisch war keine Ausscheidung in den Gallengängen darzustellen. Alkal. Phosphatase 35,3 WE.	16. 6. 1964 Op. Situation: Cholangioskopie erbrachte freien Einblick. Bei der Cholangioradiographie stellte sich das Gangsystem erweitert dar. Papille lief spitzwinklig zu. Keine Konkrementen. Therapie: Papilla mit Dilatatoren erweitert, dabei zeigte es sich, daß sie von sehr derber Konsistenz war. Wegen Pankreatenose anlegen einer Cholechooduodenostomie.	Postoperativ: Komplikationslos.
Harlo Günter 8.12.95	1929 Cholezystektomie	I. Intervall: 23 Jahre II. Intervall: 12 Jahre	Indikation z. Dritteingriff häufig Koliken + Ikterus, klinische Untersuchung: alkal. Phosphatase erhöht. Serumbilirubin 4 mg%.	1952 Cholezystektomie 10. 11. 64 Reintervention Situation: Choleochus Kleinfingerdick erweitert, Pankreas Kopf sehr derb, keine Konkrementen, Cholangioskopie. Therapie: Cholechooduodenostomie.	Postoperativ: Komplikationslos.

N A M E	Art und Indikation zum Ersteingriff	Zeitraum Erst- Zweit- eingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei Operation	R E S U L T A T
Greger Margarethe 6.8.13	März 1963 Cholezystektomie.	1 Jahr	Mai 1963 erneut Koliken, i. V. Cholangiographie ergab erweiterten Choledochus.	14. 2. 64 Op. Situation: Choledochus fingerdick erweitert. Ausspülung und Sondierung des Choledochus ergab kleinen Anhalt für Konkrement. Cholangioradiomanometrie ergab stechnadeldicke Abflußstraße ins Duodenum, proximale Gallenwege stark erweitert. Therapie: Da Papillensklerose anzunehmen war, anlegen einer breiten Choledochoduodenostomie.	Postoperativer Heilungsverlauf komplikationslos.
Konatha Erika 10.5.24	Sommer 1963 Cholezystektomie wegen Cholelithiasis + Cholezystitis.	6 Monate	Postoperativ hatte sich die Patientin den eingelegten T-Drain entfernt. Jan. 64 Koliken plus Ikterus Serumbilirubin 6 mg %.	Jan. 64 Op. Situation: Der Ductus Choledochus war bei der Konfluenz der beiden Hepatici durchtrennt. Therapie: Einlegen eines T-Drains, anlegen einer End-zu-End-Anastomose des Choledochus mit der Confluenz der beiden Hepatici. Intraoperatives Cholangiogramm ergab regelrechte Füllung der intrahepatischen Gallenwege + guter Abfluß ins Duodenum.	Postoperativer Verlauf der Operation verlief komplikationslos. 1965 trat Ikterus auf, die Operation ergab einen das Gangsystem nicht beeinträchtigenden Abszeß.
Hoesl Josephine 6.9.22	1945 Cholezystektomie wegen Cholelithiasis.	19 Jahre	seit 1960 starke Gallenkoliken 1962 zweimal Ikterus.	22. 5. 64 Op. Situation: Choledochus leicht erweitert. Im Bereich der Papilla ein Konkrement. Papillarenregion von derber Konsistenz. Therapie: Entfernung des Konkrements. Choledochoskopie. Anlegung einer Choledochoduodenostomie.	Postoperativ: Komplikationslos.

N A M E	Art und Indikation zum Ersteingriff	Zeitraum Erst-Zweit-eingriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei Operation	R E S U L T A T
Boer Fritz 27.5.01	1963 wegen Cholelithiasis Cholezystektomie, Entfernung der Steine und Drainage. Wegen kurz vorhergegangenen Herzinfarkt konnten keine weiteren Eingriffe vorgenommen werden.	I. Intervall: 5 Jahre II. Intervall: 20 Tage.	Ikterus Bilirubin erhöht.	27. 6. 68 Op. Situation: Gallenblase prall mit Steinen gefüllt. Therapie: Cholezystektomie. Revision des Duktus Choledochus: keine Konkremente, aber Gallenschlamm. Einlegen einer T-Drainage. Postoperativ steigende Mengen aus der Drainage. Röntgenkontrastdarstellung ergab Verdacht auf Konkrement im Choledochus vor der Papille. 16. 7. 68 Gallenwegsrevision Situation: keine Konkremente Therapie: Choledochoduodenostomie.	Postoperativ erholt sich der Patient gut.
Lembke Ivelin 21.3.04	1949 Cholezystektomie + Choledochoduodenostomie.	15 Jahre	Seit 1949 Gallenkoliken zweimal wöchentlich.	10. 1. 64 Op. Situation: Choledochus sehr erweitert, Cysticus mit einem kleinen Rest Gallenblase vorhanden. Die Choledochusrevision ergab das Vorliegen einer Choledochoduodenostomie. Die Anastomose hatte einen Durchmesser von 4-5 mm. Durch die Stenose der Anastomose hatte sich ein fingerlanger Großer Blindsack gebildet. Im Choledochus Konkrement. Therapie: Erweiterung der Anastomose, anlegen eines T-Drains.	Postoperativ erholt sich die Patientin gut.

N A M E	Art und Indikation zum Ersteinriff	Zeitraum Erst- Zweit- einriff	Indikation zum Zweiteingriff	Art des Zweiteingriffes - Situation bei Operation	R E S U L T A T
Krieger Fanny 24.3.07	25.10.68 Chole- zystektomie wegen Koliksen + Ikterus.	5 Tage	Postoperativ histol. Unter- suchung ergab Adeno-Ca der Gallenblase.	30. 10. 68 Op. Situation: Tomurartige Verwöl- bung des Duodenums mit Einengung der Papilla Vateri, die wahr- scheinlich als Metastase des Gallenblasen-Ca's anzusehen ist. Therapie: Anlegen einer Chole- dochoduodenostomie. Abtragung des Cystikusstumpfes.	die Patientin verstarb am 8. September 1969.
Lepinat Anna 15.3.21	1943 Cholezystek- tomie wegen Chole- lithiasis.	25 Jahre	Seit 1967 kolik- artige Schmerzen. Verdacht auf Cho- ledocholithiasis.	18. 9. 68 Op. Situation: Choledochus kleinfin- gerdick. Choledochoskopie ergab einwandfreie Verhältnisse. Papilla nicht verengt. Keiner- lei Konkrement nachweisbar. Therapie: Verschluss des Chole- dochus.	Postoperativ er- holte sich die Patientin gut.
Ansbacher Sebastian 5.1.11	Nov. 66 Chole- zystektomie wegen Cholelithiasis.	I. Inter- vall: 6 Monate II. Inter- vall: 11 Monate	Postoperativ in- termittierende Fieberschübe u. Koliksen. Indikation zum Dritteingriff: Rezidivierende Fieberschübe, Schüttelfrost, Ikterus, Bili- rubin, 8,8 mg %. alkal. Phospha- tase 127.	9. 5. 67 Op. Situation: Eitrige Cholangitis Therapie: Einlegen einer T-Dral- nage. 10.6.67: Entfernung des T-Drains 23.4.68 Op. Situation: Choledochus ist in der Leberpforte narbig steno- siert. Therapie: Sprengung der Stenose, Sondierung des rechten und lin- ken Gallenganges. Einlegen eines T-Drains. Distal bis vor die Papilla.	Postoperativ er- holte sich der Patient gut.

Zusammenfassung.

Es wurden die Krankengeschichten von 81 Patienten, bei denen zwischen 1959 und 1969 eine Reintervention an den ableitenden Gallenwegen vorgenommen war, ausgewertet.

Bei 68 Patienten war ein Zweiteingriff, bei 10 Patienten ein Dritteingriff, bei 5 Patienten ein Vierteingriff und bei einem Patienten ein Fünfteingriff nötig.

Es wurden Statistiken über die Verteilung auf das Geschlecht, auf das Alter der Patienten, über den Zeitraum zwischen den einzelnen Eingriffen und auf die Sterblichkeit aufgestellt.

Die Indikation zur Reintervention, die intraoperative Situation und die Art des Eingriffes bei der Zweitbeziehungsweise Mehrfachoperation wurden untersucht.

23 Patienten, bei denen im Zweiteingriff eine Choledochoduodenostomie angelegt worden war und bei denen ein maligner Prozeß mit großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden konnte, sind mit Fragebogen über ihr Ergehen seit ihrer letzten stationären Behandlung angeschrieben worden.

Es wurden das "Steinrezidiv" und das "Cystikusstumpf-Syndrom" behandelt.

Zum Schluß wurden die Möglichkeiten der intraoperativen Diagnostik und der operativen Technik untersucht. Es wurden eigene Ergebnisse mit denen aus der Literatur verglichen. Vor allem wurde auf die biliodigestiven Anastomosen eingegangen.

Literatur:

- Baumann, J.: Biliodigestive Anastomosen im Leberhilus wegen Gallenwegsstrikturen.
- Böhmg, H. J.: Funktionelle Resultate nach totaler Sphincterotomie.
- Bittmann, Otokar: Unmittelbare und Spätergebnisse nach 202 Sphincterotomien.
- Bernhard, Fr.: Über moderne Gesichtspunkte in der chirurgischen Behandlung der Erkrankungen der Leber und der Gallenwege.
- Csink, L.: Unsere Erfahrungen mit den biliodigestiven Anastomosen.
- Eisenreich, F. X.: Moderne Gesichtspunkte zur Taktik und Technik der Gallenchirurgie.
- Franke, H.: Unsere Erfahrungen mit der Choledochoduodenostomie.
- Fritsch, A.: Operationstaktik der Gallenwegsrevision unter besonderer Berücksichtigung der transduodenalen Papillotomie.
- Hess, W.: Probleme der Operationswahl in der Gallenchirurgie.
- Hartmann, F.: Interne Therapie des sogenannten Postcholecystektomie-Syndroms.
- Hafner, Hildegard M.: Untersuchungen nach Choledochoduodenostomie.
- Kourias, B.: Zur Operationstaktik der Gallenwegsrevision wegen Steinleidens.
- Krauss, H.: Bougierung der Papilla Vateri.
- Meier, A. L.: Indikation und Resultate der Choledochoduodenostomie.
- Neidhardt, M.: Zur Frage der Cholangitis nach Choledochoduodenostomie.
- Parr, Franz: Über die Ursache von Beschwerden nach Choledochoduodenostomie-Operation.
- Reichle, R.: Indikationsstellung und Ergebnisse bei der Choledochoduodenostomie.
- Samsarschariat, H.: Spätergebnisse nach der Choledochoduodenostomie.
- Spohn, K.: Technik und Ergebnisse bei 2000 Operationen an den Gallenwegen.
- Schriebers, K. H.: Der plastische Gallengangersatz.
- Steiner, H.: Die Ergebnisse der Choledochoduodenostomie.
- Stiller, Horst: Probleme bei der Behandlung von Gallenabflussstörungen im distalen Gangapparat und an der Papille.
- Thiele, Walter: Zur Chirurgie des Verschlusses des Verschlusses.
- Weiss, R.: Die Choledochoduodenostomie externa und ihre funktionellen Spätergebnisse.
- Warren, K. W.: Facts and Fiction Regarding Strictures of the Extrahepatic Bile Ducts.

Lebenslauf des Verfassers

Am 31. Mai 1938 wurde ich, Jörg Karl Albrecht Block, als Sohn des Dr. jur. Adolf Block und seiner Ehefrau Ilse Block geb. Probst, in Berlin geboren.

1942 wurden wir nach Oberschreiberhau im Riesengebirge evakuiert. Nach dem Zusammenbruch lebten wir wieder in Berlin. 1946 begann ich mit dem Besuch der Volksschule. Im Jahre 1948 zogen wir zunächst nach Langen in Hessen. Noch im selben Jahr zogen wir nach Büdingen in Oberhessen, wo ich ab 1952 das Realgymnasium besuchte. Am 20. 3. 1962 bestand ich die Reifeprüfung.

Im Sommersemester 1962 begann ich mit dem Studium der Medizin an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Im Sommer 1963 bestand ich das Vorphysikum, 1965 das Physikum. Noch im selben Jahr begann ich mit dem Studium der Zahnmedizin. Im Sommersemester 1966 studierte ich an der Universität in Wien; schrieb mich aber im Wintersemester 1966/67 wieder an der Erlanger Universität ein. Am 13. 3. 68 bestand ich die zahnärztliche Vorprüfung. Am 23. 12. 69 legte ich das medizinische Staatsexamen mit Erfolg ab.

Seither bin ich als ordentlich Studierender an der zahnmedizinischen Fakultät in Erlangen eingeschrieben. Vom 1. 5. 69 bis 1. 8. 69 war ich als Medizinalassistent an dem Pathologischen Institut in Erlangen tätig.

Offsetdruck-Fotodruck

J. Hogl, 8520 Erlangen Hauptstr. 109, (Nähe Martin-Luther-Platz) Tel. 22990
